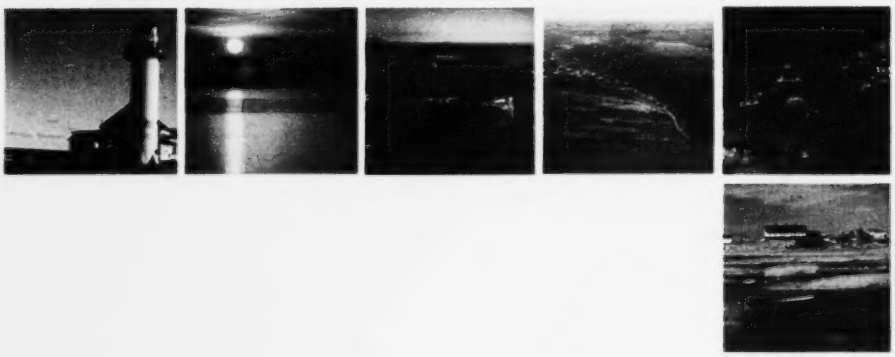
06 Rapport annuel
07 de gestion

Agence de la sante et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Québec

2008-01256/

06 Rapport annuel
07 de gestion



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597

Adopté par le conseil d'administration
le 26 septembre 2007
ASSS.–06-07-73R

Production
Direction de la planification, de l'intégration, de la qualité et des systèmes d'information

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
ISBN 978-2-923362-08-3
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque nationale du Canada, 2007

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Monsieur le ministre de la Santé et des Services sociaux,
- Mesdames, Messieurs, membres du conseil d'administration de l'Agence,
- Mesdames, Messieurs,

L'année 2006-2007 au Bas-Saint-Laurent a été marquée par de nombreux évènements significatifs, autant ceux touchant la nouvelle gouverne que ceux liés directement à l'amélioration des services de santé et de services sociaux de notre territoire.

En tout premier lieu, il convient d'utiliser cette tribune pour saluer le travail accompli par madame Lise Verreault qui occupe maintenant la fonction de sous-ministre adjointe au personnel réseau et ministériel au ministère de la Santé et des Services sociaux et qui a assumé la présidence-direction générale de l'Agence jusqu'en mars 2007, et dont le leadership a permis la mise en œuvre de bon nombre de dossiers dont le présent bilan fait mention.

Au Bas-Saint-Laurent, l'année 2006-2007 a permis de poursuivre la lancée en lien avec les projets cliniques dont nous avions préalablement amorcé le déploiement. Pour assurer une continuité dans les activités mises de l'avant, nous avons convenu avec les établissements de santé et de services sociaux du territoire d'une entente de gestion et d'imputabilité se déployant sur deux ans, soit 2006-2008. Le bilan de la première année témoigne des efforts consentis et nous convainc de l'importance de donner le temps nécessaire pour réaliser correctement les changements.

À cet égard, notre région peut être fière de sa belle performance au chapitre des résultats : respect des cibles déficitaires autorisées, réduction significative des fumeurs, taux supérieur à la moyenne provinciale dans la participation au dépistage du cancer du sein, amélioration de l'offre globale dans les services dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie, en déficience intellectuelle et physique et en santé mentale, et dépassement des cibles touchant les chirurgies de la hanche et du genou.

Des initiatives prometteuses se sont concrétisées à différents niveaux, notamment au plan du Programme de désistement volontaire des armes à feu, à la mise en place d'une clinique de rhumatologie unique au Québec qui vise une approche intégrée et multidisciplinaire, à la poursuite de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés et à l'augmentation et la modulation des services pour mieux les adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie désirant demeurer à domicile.

L'année 2006-2007 a également été marquée par la réalisation de différentes activités ou mesures découlant des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ainsi, l'Agence a coordonné les élections et désignations au conseil d'administration des établissements de la région. Par ailleurs, l'Agence a pris les dispositions requises afin que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services exerce des fonctions exclusives depuis janvier 2007. De plus, deux nouvelles instances relevant de l'Agence ont été mises en place, soit la Table des chefs de département de médecine spécialisée et le Comité régional sur les services pharmaceutiques. Celles-ci ont amorcé leur mandat et viennent compléter le travail des autres instances existantes telles que le Département régional de médecine générale et les commissions infirmière et multidisciplinaire régionales.

Au niveau de ces différentes instances, il faut noter le travail concluant réalisé tant par le Département régional de médecine générale (DRMG) que par la Table des chefs de département de médecine spécialisée dans le plan des effectifs médicaux et dans leur souci d'intégration des services. Également, le Comité régional sur les services pharmaceutiques a amorcé son mandat en œuvrant notamment à la révision du circuit du médicament. Du côté de la Commission infirmière régionale et de la Commission multidisciplinaire régionale, des travaux plus structurés sont en cours de réalisation comme en témoigne ce rapport.

L'Agence a aussi procédé au lancement de son site Internet en mai 2006, permettant ainsi à la population et à tous ses partenaires de prendre connaissance de ce qui est disponible dans la région au niveau des services de santé et des services sociaux. La région s'est aussi distinguée au niveau de la prévention et de la promotion en remportant la Coupe Or du Défi Santé 5/30 portant sur les saines habitudes de vie et la Coupe Bronze pour le Défi J'arrête, j'y gagne!: une belle illustration des efforts de toute une population.

Au niveau des investissements, il faut noter que plus de 2,5 millions de dollars ont été consentis depuis 2004 en appui à la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) et à la concrétisation des projets cliniques. De plus, le développement des systèmes d'information comme mesure de soutien à l'intégration des services et aussi à la mise en place des RLS a généré des investissements de plus de 3,7 millions pour la même période, soit depuis 2004 également.

Par ailleurs, notre rapport annuel 2006-2007 démontre qu'au cours de la dernière année, des investissements de plus de 10 millions ont été consentis dans différents services touchant l'atteinte de cibles de l'entente de gestion, l'implantation des groupes de médecine de famille, le jeu excessif, la radio-oncologie, etc.

Nous voulons signaler particulièrement le travail professionnel démontré au quotidien par l'ensemble des personnes œuvrant en santé et services sociaux pour offrir à la population des services dont elle peut être fière.

Nous vous invitons donc à parcourir ce rapport annuel 2006-2007 qui permet de témoigner des efforts consentis et des résultats atteints pour le plus grand bénéfice de notre grand défi : maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population bas-laurentienne!

La président-directeur général par intérim,

Alain Paquet

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006–2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006–2007.

Le président-directeur général par intérim,

Alain Paquet

Signée à Rimouski le 31 mai 2007

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES 9

1.1 Territoire et population 9

1.2 Bilan de santé et déterminants 10

1.3 Réseaux locaux de services 12

CHAPITRE 2 - PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT 19

2.1 Mission, rôle et responsabilités 19

2.2 Plan d'organisation, organigramme et effectifs 21

2.3 Conseil d'administration 23

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 24

2.5 Comité de vigilance et de la qualité 24

2.6 Forum de la population 25

2.7 Comité de vérification 25

2.8 Département régional de médecine générale – Comité de direction 26

2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 28

2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques 29

2.11 Commission infirmière régionale 30

2.12 Commission multidisciplinaire régionale 31

CHAPITRE 3 - FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE ET SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 33

3.1 Bilan général de l'entente de gestion 33

3.2 Projets cliniques 35

3.3 Projet clinique : Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 37

3.4 Projet clinique : Maladies chroniques et cancer 40

3.5 Projet clinique : Santé mentale et suicide 45

3.6 Projet clinique : Jeunes 51

3.7 Programme santé physique 56
3.7.1 Services préhospitaliers 56
3.7.2 Services médicaux et hospitaliers 57
3.7.3 Services pharmaceutiques et laboratoires 64

3.8 Programme santé publique 65

3.9 Services généraux et spécialisés 69

3.10 Organismes communautaires 78

3.11 Ressources humaines 78

3.12 Ressources informationnelles 84

3.13 Projets d'immobilisations et achats d'équipements médicaux spécialisés 86

CHAPITRE 4 - DONNÉES FINANCIÈRES 2006-2007 91

4.1 Résultats financiers de l'Agence 91
4.1.1 Rapport de la direction en regard des états financiers de l'Agence 91
4.1.2 Rapport du Vérificateur sur les états financiers condensés 92
4.1.3 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées 93
4.1.4 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, d'immobilisations et des activités régionalisées 95
4.1.5 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations 97
4.1.6 Bilan combiné des fonds affectés 100
4.1.7 État du solde de fonds combiné des fonds affectés 101
4.1.8 État de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés 102
4.1.8.1 Fonds affectés des immobilisations et des équipements 102
4.1.8.2 Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements 103
4.1.9 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2006-2007 104
4.1.10 Notes aux états financiers 105

4.2 Allocations des ressources financières aux établissements 111
4.2.1 Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 111
4.2.2 Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 111
4.2.3 Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics 112
4.2.4 Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics 112

4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires / enveloppe régionale de crédits ... 114
4.3.1 Organismes de promotion et de services 114
4.3.2 Organismes communautaires en maintien à domicile 118

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 119

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

1.1 TERRITOIRE ET POPULATION

Les 101 676 femmes et les 100 016 hommes (201 692 au total[1]) que comptent les 8 territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans les 117 villes et villages qui sillonnent le fleuve sur 300 km entre La Pocatière et Les Méchins et qui s'étendent sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidents. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 500 à un peu plus de 53 000 habitants (chacun de ces territoires fait l'objet d'une présentation plus détaillée dans les pages suivantes).

Les projections de la population calculées par l'Institut de la statistique du Québec à partir du recensement de 2001 prévoyaient une diminution de près de 2 % de la population du Bas-Saint-Laurent entre 2001 et 2006. Or, si on se fie aux données du recensement de 2006, il semble que la population de la région soit pratiquement demeurée stable entre ces 2 années. À l'échelle des territoires municipaux toutefois, des variations démographiques sont observées. Sur les 117 villes et villages que compte la région, 81 ont vu leur population diminuer (3 405 personnes au total) et 36 ont enregistré des hausses (3 428 personnes au total). Ceux qui ont perdu de leurs effectifs sont généralement de petites tailles, bien que certaines villes parmi les plus importantes de la région au plan démographique figurent dans cette liste : Amqui (- 212), Matane (- 206), Saint-Pascal (- 139), Trois-Pistoles (- 135), Dégelis (- 108), Cabano (- 14) et Mont-Joli (- 11). Pour ce qui est des municipalités qui ont vu leur population s'accroître, mentionnons que Rivière-du-Loup (+ 814), Rimouski (+ 691), Saint-Antonin (+ 385) et Sainte-Luce (+ 105) font partie de celles-ci.

Le vieillissement de la population est le facteur qui conditionne le plus l'organisation des services de la région

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est celui qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2006, 33 817 habitants du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 17 % de la population totale de la région, soit 3 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Dix années plus tôt, en 1996, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 14 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Bien que la natalité ait connu un certain regain en 2005 et en 2006 au Bas-Saint-Laurent, comme cela fut également le cas dans l'ensemble de la province, il est tout de même estimé qu'à long terme la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de

1 Estimation de la population des régions administratives par groupe d'âge et sexe, 1er juillet des années 1996 à 2006 (découpage géographique au 1er juillet 2006). Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction de méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales.

naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce dernier phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes qui la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait entraîner une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait qu'en 2016 les premiers « baby-boomers » auront dépassé l'âge de 65 ans depuis quelques années entraînera un accroissement d'un peu plus de 50 % du nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à 2006. Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait aussi connaître une forte croissance.

1.2 BILAN DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS

BILAN DE SANTÉ

Bien que, dans l'ensemble, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Ainsi, par exemple, l'espérance de vie de la population de la région est plus grande que celle de l'ensemble des Québécois. De 2000 à 2003, les Bas-Laurentiens pouvaient espérer vivre jusqu'à 79,9 ans, soit une demi-année de plus que l'espérance de vie des résidents de la province. Tandis que la différence d'espérance de vie entre les hommes de la région et ceux de leurs homologues québécois s'avère plutôt mince (76,7 contre 76,5), chez les femmes, la différence est d'une année complète (83,1 contre 82,1).

Notre région se distingue par une plus grande espérance de vie, un taux plus élevé de décès par maladies respiratoires, accidents et suicide, ainsi qu'un nombre plus important de personnes vivant avec une limitation sévère.

Compte tenu que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Ainsi, les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité plus élevé. En ce qui concerne les taux de décès par cancer et par maladies cardiovasculaires, ils seraient même moins élevés dans la région que dans la province.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Bien que la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,7 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2004 et 2005, 3,6 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de suicide plus élevés.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Toutefois, le Bas-Saint-Laurent se démarque de la

province en ce qui a trait au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2006, environ 5 000 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 4 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé compte tenu que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. L'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de deux années entre la MRC la plus avantagée (Rivière-du-Loup) et celle qui l'est la moins (La Mitis). On note aussi que l'autoévaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

Déterminants de l'état de santé de la population

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

On est une des régions qui compte le moins de fumeurs, un des plus faibles taux de grossesse à l'adolescence et un taux de crime moins élevé.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire. On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province. Il est à mentionner toutefois que la population de la région aurait avantage à accroître sa consommation de fruits et de légumes. Les derniers chiffres à ce chapitre (2003) illustrent que six personnes sur dix en consomment moins de cinq portions par jour.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on y observe un peu moins de personnes qui y vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que dans l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 36 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (30 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera rapidement. En effet, on observe depuis quelques années que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en 2003-2004, 18 % n'ont ni diplôme ni qualification, comparativement à 25 % au Québec.

Depuis quelques années, le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent.

1.3 RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

En faisant le choix de présenter succinctement chacun des réseaux locaux de services (RLS) de la région, l'Agence veut illustrer la priorité accordée à leur mise en place. Cette dernière est basée sur l'approche populationnelle qui vise à responsabiliser l'instance locale de chacun de ces territoires. Ceci impose aux dirigeants du réseau de réviser leurs façons de faire et de travailler dans un partenariat ouvert avec leur communauté dans les actions à poser pour améliorer la santé et le bien-être de la population qu'ils desservent.

Les choix qui ont prévalu pour la création des RLS portent principalement sur l'identification d'un territoire significatif pour la population dont les institutions du réseau étaient déjà fusionnées ou en voie de réaliser cette étape administrative; ceci est très près du découpage connu des huit MRC de la région.

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend donc huit RLS regroupant :

- Dix établissements publics :
  - Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi le leadership de la mise en place des RLS;
  - Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI);
  - Un établissement privé non conventionné dispensant des soins de longue durée.

Il faut toutefois noter que beaucoup d'autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, etc.) sont aussi impliqués dans chacun de ces territoires, et le rapport annuel spécifique à chaque établissement peut en témoigner de manière plus explicite.

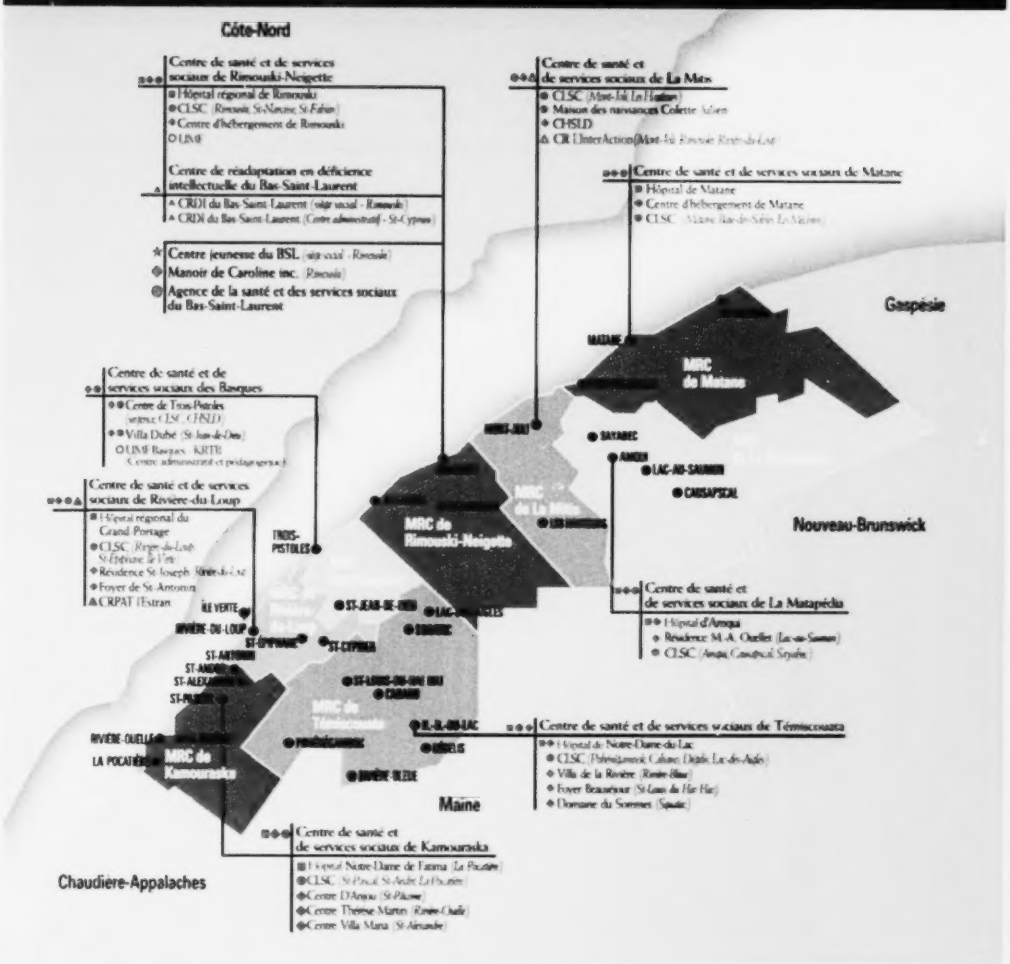
Les trois tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale de services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points de dispensation de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

LE BAS-SAINT-LAURENT *Tout lui réussit!*

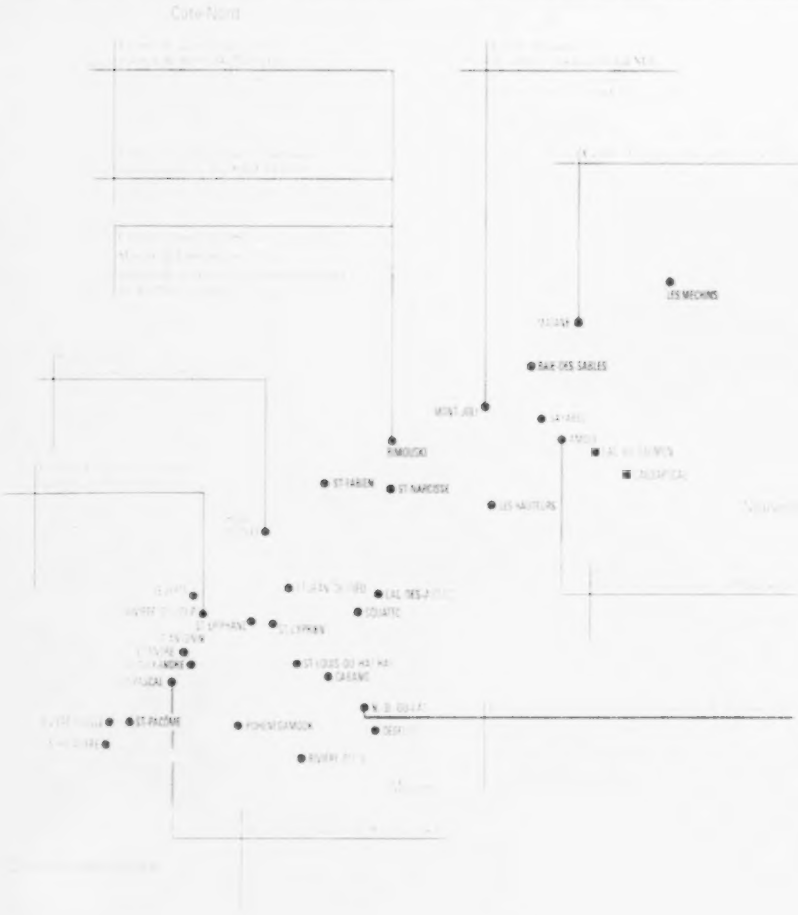


LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** : Centre local de services communautaires
- ▼ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ◇ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (voir corrections)
- ◈ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (voir auto-financé)
- ▲ **CRPDI** : Centre de réadaptation pour personne déficiente intellectuelle
- △ **CRDP** : Centre de réadaptation – déficience physique
- ⚠ **CRPAT** : Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
- ★ **CPEJ** : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- **CRJDA** : Centre de réadaptation – jeunes en difficulté d'adaptation
- ◉ **ASSS** : Agence de la santé et des services sociaux
- ○ **UMF** : Unité de médecine familiale

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations



État des effectifs et ressources au niveau régional
Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux

Effectifs et ressources	Caractéristiques
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 402 médecins, dont 223 médecins omnipraticiens et 179 médecins spécialistes, ce qui représente une augmentation de 9 médecins au total. Le plan complet des effectifs médicaux implique toutefois 276 médecins généralistes et 220 médecins spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Six GMF sont en opération dans la région et plus de 45 000 personnes y sont inscrites.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 34 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 55 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 20 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier dont 18 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 59 dentistes généralistes et 6 dentistes spécialistes dont 1 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF) Ressources intermédiaires (RI)	La région peut compter sur un réseau de : ↳ 136 familles d'accueil pour les enfants (348 places reconnues); ↳ 170 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (744 places reconnues); ↳ 77 ressources intermédiaires : 46 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 6 pour les jeunes, 11 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 13 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 815 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Ressources privées pour personnes âgées	On dénombre également dans la région 158 résidences inscrites au *Registre des résidences privées pour personnes âgées avec services.* Ce registre est constitué par l'Agence conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À ce titre, les dernières modifications apportées à la loi en novembre 2006 rendront obligatoire la certification des résidences à compter du 1er février 2009.
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants impliquent 40 personnes et sont présents dans 3 municipalités et sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 11 réparties en 17 points de service et comptent 184 techniciens ambulanciers/paramédics.
Organismes communautaires	La région compte 128 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, ils reçoivent un financement annuel de plus de 12,8 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 451 personnes représentant 5 811 postes équivalents temps complet (2005-2006), dont 263 cadres équivalents temps complet et 5 548 syndiqués et non syndiqués équivalents temps complet. La moyenne d'âge du personnel reste stable puisqu'au 31 mars 2006, elle était de 43,25 ans, tandis qu'au 31 mars 2007, elle était de 43,24 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	22 291	17	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB **La Pocatière :** ↳ Localisation du CH et point de service du CLSC ↳ Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) **St-Pascal :** ↳ Siège social du CSSS et localisation du CLSC ↳ Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI) **St-André :** ↳ Point de service du CLSC **St-Pacôme, Rivière-Ouelle et St-Alexandre :** ↳ Localisation des CHSLD
Rivière-du-Loup	32 889	14	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Rivière-du-Loup :** ↳ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD ↳ Centre administratif et point de service de L'Estran ↳ Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ↳ Point de service et deux unités de réadaptation du CJ ↳ Point de service du CRDI ↳ Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **St-Cyprien :** ↳ Point de service de L'Estran ↳ Centre administratif et unité de réadaptation du CRDI ↳ Localisation d'un CHSLD **St-Antonin :** ↳ Localisation d'un CHSLD **St-Épiphane et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) :** ↳ Points de service du CLSC

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Témiscouata	21 712	20	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Notre-Dame-du-Lac :** ↳ Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD ↳ Point de service de L'Estran **Cabano :** ↳ Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDI **Dégelis et Lac-des-Aigles :** ↳ Points de service du CLSC **Pohénégamook :** ↳ Point de service du CLSC et urgence de stabilisation **Rivière-Bleue :** ↳ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **St-Louis-du-Ha! Ha! et Squatec :** ↳ Localisation d'un CHSLD
Les Basques	9 477	11	■ Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB **Trois-Pistoles :** ↳ Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD ↳ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI ↳ Unité de réadaptation du CJ **St-Jean-de-Dieu :** ↳ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **St-Clément :** ↳ Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	53 535	10	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie et agit comme pôle de référence pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte-Nord ■ Le CSSS opère une UMF **Rimouski :** ↳ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF ↳ Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ ↳ Point de service de L'Estran ↳ Siège social du CRDI et point de service du CRDI ↳ Point de service de L'InterAction ↳ Localisation d'un CHSLD privé non conventionné ↳ Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **St-Marcellin , St-Narcisse et St-Fabien :** ↳ Points de service du CLSC

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
La Mitis	19 199	16	■ Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ■ Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-santé ■ Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien **Mont-Joli :** ↳ Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD ↳ Centre administratif et point de service de L'InterAction ↳ Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDI **Les Hauteurs :** ↳ Point de service du CLSC **Price :** ↳ Localisation de lits de longue durée psychiatrique opérés par le CSSS de Rimouski-Neigette
La Matapédia	19 363	18	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Amqui :** ↳ Siège social du CSSS ↳ Localisation du CH ↳ Localisation du CLSC ↳ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI **Causapscal et Sayabec :** ↳ Points de service du CLSC **Lac-au-Saumon :** ↳ Localisation du CHSLD
Matane	21 992	11	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Matane :** ↳ Siège social du CSSS ↳ Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD ↳ Point de service de L'Estran, du CRDI, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ **Baie-des-Sables :** ↳ Point de service du CLSC **Les Méchins :** ↳ Point de service du CLSC
TOTAL	200 458	117	■ 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ■ 2 urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) ■ 15 sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ■ 1 CHSLD privé non conventionné ■ 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant 25 points de desserte ■ 1 maison des naissances ■ 1 centrale régionalisée Info-santé ■ 1 centre jeunesse (CJ) ayant 8 points de service en protection de la jeunesse et 7 unités de réadaptation ■ 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et 10 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et 3 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et 10 points de service ■ 2 unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent Établissements et partenaires en santé et services sociaux

Territoire	Budget (En millions de dollars)	Personnel*	Cliniques médicales	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	31	651	4		5	14
Rivière-du-Loup	66 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 309	8	2	10	20
Témiscouata	27	567	4	1	8	17
Les Basques	11	260	1	1	3	6
Rimouski-Neigette	120	2 014	14		17	34
La Mitis	34 (incluant le budget du CR L'InterAction)	720	2	1	6	11
La Matapédia	28	532	4	1	2	13
Matane	35	665	6		4	13
Établissements régionaux ou privés	CJ : 23 CRDI : 26 Privés : 2	733 (CJ - CRDI)				
Sous-total établissements	403					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 13 Organismes communautaires : 12,8 GMF : 1,3					
TOTAL	430	7 451	43	6	55	128

* Total des personnes inscrites sur la liste du personnel, données du MSSS 2005-2006.

CHAPITRE 2 - PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

2.1 MISSION, RÔLE ET RESPONSABILITÉS

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Toutefois, l'adoption des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) redéfinit de façon considérable l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux, dont celui des agences. En effet, le tout vient confirmer l'introduction d'instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux, lesquelles doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit assumer les responsabilités suivantes** (art. 340), notamment :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de leurs droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs** tels que :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des

résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
- Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

- **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :
  - Élaborer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

- **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :
  - Allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires, assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise, contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

- **La santé publique** (art. 371 à 375) :
  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
  - Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du *Plan d'action régional en santé publique.*

- **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :
  - Élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
  - Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
  - Élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
  - Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

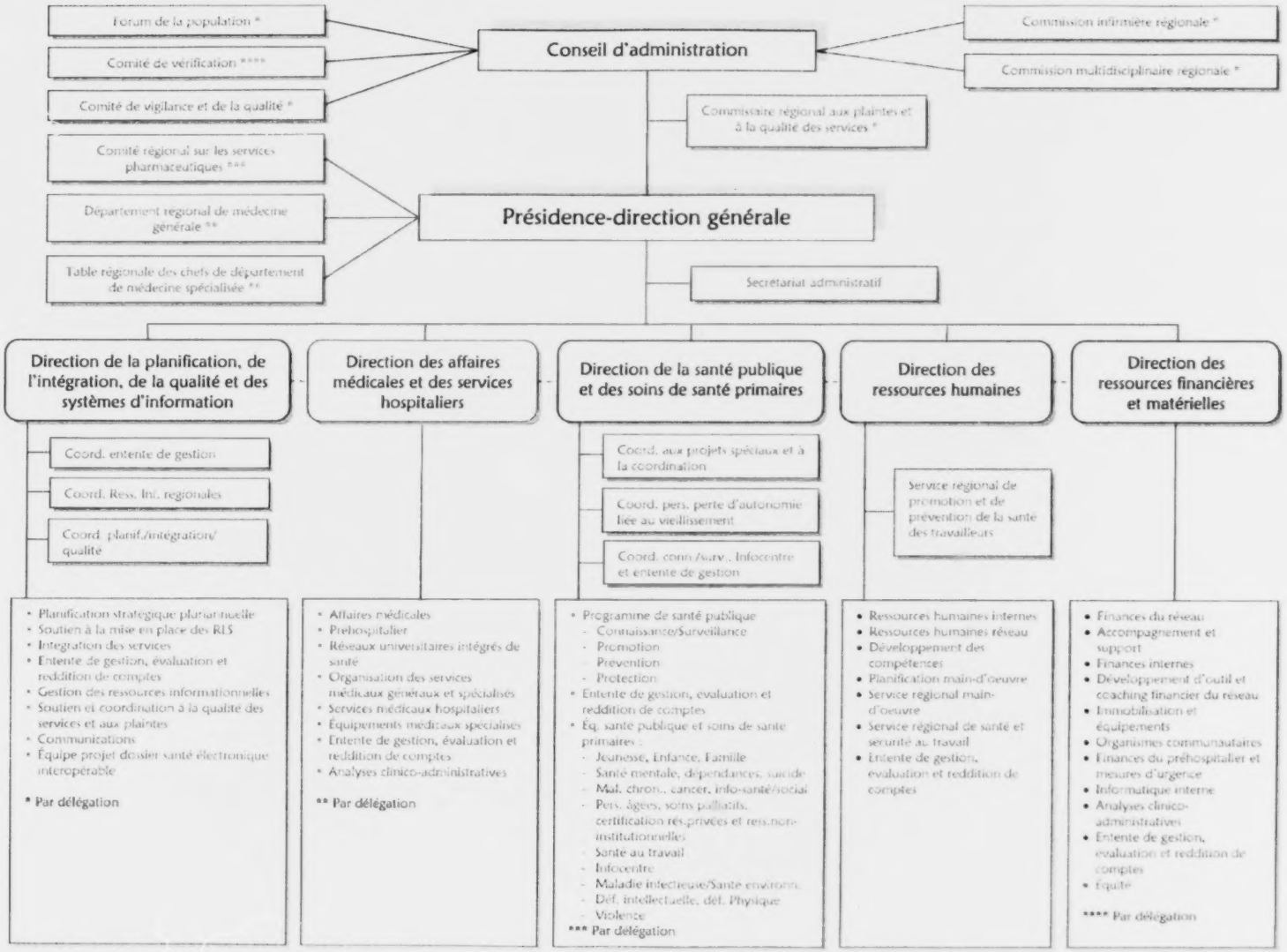
- **Les priorités de santé et de bien-être** (art. 346-346.0) :
  - Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
  - Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

La population et les partenaires de l'Agence du Bas-Saint-Laurent peuvent, depuis mai 2006, consulter le site Internet de l'Agence
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

2.2 Plan d'organisation, organigramme et effectifs

Le présent *Plan d'organisation* a été adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration de l'Agence et tient compte de la nouvelle gouvernance autant dans ce qui est dévolu à l'Agence et aux instances locales que ce qui est requis pour le soutien à la mise en œuvre des réseaux locaux de services. Nous vous illustrons **à la page suivante l'organigramme** qui en découle.

EFFECTIFS DE L'AGENCE (en date du 31 mars 2007) Note : tous les nombres sont convertis en équivalence temps complet (ETC)	2006-2007	2005-2006
Cadres		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9	6
■ Temps partiel (ETC) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,45	0
■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1
Employés réguliers		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	62	63
■ Temps partiel (ETC) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Sous-total pour les effectifs réguliers	71,45	70
Employés occasionnels		
■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9 994	12 491
■ Nombre d'employés en équivalence temps complet	5,49	6,84
TOTAL	**76,94**	**76,84**


Forum de la population *
Comité de vérification ****
Comité de vigilance et de la qualité *
Comité régional sur les services pharmaceutiques ***
Département régional de médecine générale **
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée **
Conseil d'administration
Commission infirmière régionale *
Commission multidisciplinaire régionale *
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services *
Présidence-direction générale
Secrétariat administratif
Direction de la planification, de l'intégration, de la qualité et des systèmes d'information
Direction des affaires médicales et des services hospitaliers
Direction de la santé publique et des soins de santé primaires
Direction des ressources humaines
Direction des ressources financières et matérielles
Coord. entente de gestion
Coord. Ress. Inf. régionales
Coord. planif./intégration/ qualité
Coord. aux projets spéciaux et à la coordination
Coord. pers. perte d'autonomie liée au vieillissement
Coord. comm./surv., Infocentre et entente de gestion
Service régional de promotion et de prévention de la santé des travailleurs
• Planification stratégique pluriannuelle
• Soutien à la mise en place des RLS
• Intégration des services
• Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
• Gestion des ressources informationnelles
• Soutien et coordination à la qualité des services et aux plaintes
• Communications
• Équipe projet dossier santé électronique interopérable
* Par délégation
• Affaires médicales
• Prehospitalier
• Réseaux universitaires intégrés de santé
• Organisation des services médicaux généraux et spécialisés
• Services médicaux hospitaliers
• Équipements médicaux spécialisés
• Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
• Analyses clinico-administratives
** Par délégation
• Programme de santé publique
- Connaissance/Surveillance
- Promotion
- Prévention
- Protection
• Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
• Éq. santé publique et soins de santé primaires :
- Jeunesse, Enfance, Famille
- Santé mentale, dépendances, suicide
- Mal. chron., cancer, info-santé/social
- Pers. âgées, soins palliatifs, certification rés.privées et ress.non-institutionnelles
- Santé au travail
- Infocentre
- Maladie infectieuse/Santé environn.
- Déf. intellectuelle, déf. Physique
- Violence
*** Par délégation
• Ressources humaines internes
• Ressources humaines réseau
• Développement des compétences
• Planification main-d'oeuvre
• Service régional main-d'oeuvre
• Service régional de santé et sécurité au travail
• Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
• Finances du réseau
• Accompagnement et support
• Finances internes
• Développement d'outil et coaching financier du réseau
• Immobilisation et équipements
• Organismes communautaires
• Finances du préhospitalier et mesures d'urgence
• Informatique interne
• Analyses clinico-administratives
• Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
• Équité
**** Par délégation

2.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Formation des nouveaux conseils d'administration

Le processus d'élection ou de désignation des membres devant former les prochains conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux a eu lieu au cours de l'automne 2006.

Composition du conseil d'administration de l'Agence

(au 31 mars 2007)

NOM	MRC DE PROVENANCE
▪ M. Alyre Bois	Rivière-du-Loup
▪ Mme Thérèse Des Groseillers	Kamouraska
▪ M. Daniel Dionne	Rimouski-Neigette
▪ Mme Denise Gentil	Matane
▪ Mme Suzanne Guimond	Matane
▪ M. Gaétan Lavoie	Matane
▪ Mme Mireille Lavoie	Matane
▪ M. Jean-Maurice Lechasseur	La Mitis
▪ Mme Ginette Lepage	Rimouski-Neigette
▪ M. Bertin Lévesque	La Matapédia
▪ M. Jean-Paul Morin	Rimouski-Neigette
▪ M. Émilien Nadeau	Témiscouata
▪ M. André Patry	Rimouski-Neigette
▪ M. Daniel Rioux	Les Basques
▪ M. Georges Roy	La Mitis
Membre de l'Agence	
▪ M. Alain Paquet	Président-directeur général par intérim

Éthique des administrateurs

Le *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration* de l'Agence est versé intégralement en annexe et tient compte des exigences de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie (L.Q., 1997, c. 6) et du Code civil du Québec (art. 321) concernant les administrateurs publics. Pour l'année 2006-2007, aucun manquement au *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration* n'a été signalé.

2.4 COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Mandat

- Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services doit assurer le traitement des plaintes qui lui sont adressées et pour ce faire, il doit exercer ses fonctions de manière exclusive.
- Outre les fonctions qui lui sont propres, il exerce un rôle support au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements. Également, il dresse au besoin et au moins une fois l'an un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de la région. Ce rapport annuel 2006-2007 sera disponible au 30 septembre 2007, une fois adopté par le conseil d'administration.

Nomination

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est **monsieur Yvon Delage** et ce dernier occupe ses fonctions exclusives depuis janvier 2007.

2.5 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Mandat

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles en provenance du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

Composition
(au 31 mars 2007)

NOM	FONCTION
▪ M. Yvon Delage	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
▪ M. René Dumont	Directeur de la planification, de l'intégration et de la qualité par intérim, personne-ressource en soutien aux travaux du comité
▪ M^me^ Thérèse Des Groseillers	Membre du conseil d'administration
▪ M^me^ Mireille Lavoie	Membre du conseil d'administration
▪ M. Alain Paquet	Président-directeur général par intérim
▪ M. André Patry	Membre du conseil d'administration

Principales activités de l'année

- Outre la mise sur pied du comité, les membres se sont rencontrés afin de partager sur leur mandat ainsi que sur les principaux dossiers sur lesquels porteront leurs travaux. Au cours de la prochaine année, les membres devront notamment adopter leurs règles de fonctionnement et amorcer plus formellement leurs travaux.

2.6 FORUM DE LA POPULATION

Mandat

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être.
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

Composition
(au 31 mars 2007)

NOM	MRC DE PROVENANCE
■ M. Marcel Auclair	La Matapédia
■ Mme Ghislaine Beaulieu	La Mitis
■ M. Zoël Bossé	Témiscouata
■ Mme Rose-Hélène Bouffard	Kamouraska
■ M. Alphonse Côté	La Matapédia
■ M. Michel Côté	Matane
■ Mme Odette Gauthier-Lévesque	Matane
■ M. Michel Kelly	Les Basques
■ Mme Ghislaine Lachance	Rimouski-Neigette
■ M. Marcel Lebel	Rimouski-Neigette
■ Mme Madeleine Magnan	Rivière-du-Loup
■ M. Éric Malenfant	Les Basques
■ Mme Ariane Olivier-Ouellet	La Mitis
■ M. Alain Rioux	Rimouski-Neigette
Membre délégué par le PDG de l'Agence	
■ M. René Dumont	Directeur de la planification, de l'intégration et de la qualité par intérim

Principales activités de l'année

- Les membres du Forum ne se sont pas réunis en 2006-2007. L'Agence a cependant enclenché les démarches requises avec la Conférence régionale des éluEs afin de renouveler la composition de cette instance, le mandat actuel des membres du Forum étant venu à échéance.

2.7 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Mandat

- Assister le conseil d'administration dans l'exercice de ses responsabilités quant à la surveillance du processus d'information financière.
- Faire les recommandations requises au conseil d'administration.
- Voir au suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec.

Composition
(au 31 mars 2007)

MEMBRES DU COMITÉ DE VÉRIFICATION	
■ M^me^ Mireille Lavoie	
■ M. Émilien Nadeau	
■ M. Georges Roy	
Membre délégué par le PDG de l'Agence	
■ M. Daniel Lévesque	Directeur des ressources financières et matérielles

Principales activités de l'année

- Toutes les activités de cette année ont été des activités courantes.

2.8 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE - COMITÉ DE DIRECTION

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

Composition
(au 31 mars 2007)

Membres élus	Membres cooptés
■ D^r^ Guy Rossignol, **chef du département** ■ D^r^ Serge Gravel, **chef adjoint du département** ■ D^r^ Gaétan Y. Lavoie	■ D^re^ Isabelle Brochu ■ D^re^ Diane Comeau ■ D^r^ Jacques Gagné ■ D^r^ Jean Hudon ■ D^re^ Carole Lajoie ■ D^re^ Linda Landry ■ D^r^ Louis St-Pierre
Membre observateur	**Autres membres en provenance de l'Agence**
■ D^r^ Éric Lavoie	■ M. Alain Paquet, président-directeur général par intérim (membre d'office) ■ D^r^ Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG

Principales activités de l'année

- Mise en place du nouveau comité de direction aux termes du mandat antérieur de trois ans;
- Accord concernant le renouvellement de l'entente 149 pour les CSSS d'Amqui, de Témiscouata et de Matane. Cette entente traite des compensations du temps de déplacement pour les médecins dispensant des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs;
- Appui et participation des membres du DRMG à la Table de concertation régionale des groupes de médecine de famille (GMF);
- Participation au comité de travail pour la mise sur pied de l'organisation des services d'imagerie médicale;
- Adoption du *Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique 2007*;
- Consolidation d'une cible de 74 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique à travers l'annonce d'un ajout de seize médecins de famille par le ministre en 2007;
- Suivi de l'outil pour les activités médicales particulières non comptabilisables par la RAMQ par les directeurs des services professionnels des établissements de la région;
- Désignation des territoires prioritaires pour les médecins boursiers en 2007 : CSSS de Témiscouata, CSSS de La Matapédia, CSSS de Kamouraska et CSSS de Matane;
- Appui à l'instrumentation clinique en GMF pour le développement des suivis systématiques à l'échelle régionale et poursuite des travaux d'implantation de la plateforme informatique OmniMed auprès des GMF et des cliniques privées participantes;
- Support du DRMG afin d'assurer la mobilisation des médecins omnipraticiens en regard du *Plan régional pandémie/influenza*;
- Accord du DRMG à la recommandation au comité paritaire de reconnaître comme centres désignés à partir desquels une garde médicale est assumée en disponibilité auprès des victimes d'agression sexuelle, dans le cadre d'une garde régionale ou sous-régionale, les centres hospitaliers de Rimouski et de Rivière-du-Loup;
- Participation du chef du DRMG au comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale et à la Table des chefs de DRMG;
- Élaboration du *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux de 1re ligne*;
- Plusieurs autres contributions ont été significatives cette année et elles se retrouvent détaillées dans les rubriques correspondantes dans le *Chapitre 3 - Faits saillants des activités et suivi de l'entente de gestion.*

2.9 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en spécialités.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux spécialisés.

Composition
(au 31 mars 2007)

Membres élus	Membres cooptés
■ Dr Pierre Harvey, **président**	■ Dr Simon Bégin
■ Dr Yves Nadeau, **vice-président**	■ Dr Gilles Couture
■ Dr Benoît Verret	■ Dr Jean-François D'Amours
	■ Dr Daniel Dionne
	■ Dr Claude Dufour
	■ Dre Nathalie Gagné
	■ Dre Jocelyne Riberdy, secrétaire
Autres membres en provenance de l'Agence	
■ M. Alain Paquet, président-directeur général par intérim, membre d'office	
■ Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et des services hospitaliers, invité permanent	
■ Dr Michel Y. Pelletier, médecin-conseil, invité permanent	

Principales activités de l'année

- Mise en place de cette nouvelle instance le 8 mai 2006 (remplace la Commission médicale régionale);
- Cinq réunions ont été tenues, dont une conjointement avec le DRMG (octobre 2006) afin de lancer les travaux des deux tables et de s'approprier les mandats définis par la loi;
- Élections des officiers et adoption des règlements de régie interne (juin 2006);
- Absence de participation aux travaux régionaux sur l'acquisition des équipements spécialisés et impossibilité de verser un avis au conseil d'administration de l'Agence sur le sujet en raison de moyens de pression liés aux négociations provinciales touchant les médecins spécialistes;
- Priorité de travail retenue en matière d'organisation des services de radiologie dans la perspective de l'implantation d'un système d'archivage et de circulation des images radiologiques (PACS);
- Priorité de travail retenue en matière d'organisation des services de chirurgie, d'anesthésiologie et de laboratoires dans un contexte de réseau de services;
- Poursuite des travaux initiés par un comité de travail issu de la Commission médicale régionale visant la conclusion d'une entente de services professionnels entre tous les établissements et leur département de radiologie.

2.10 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Mandat

- Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du PDG de l'Agence, les responsabilités suivantes :
  - Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
  - Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
  - Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Composition
(au 31 mars 2007)

Membres élus	Membres cooptés
■ M^me^ Pierrette Carrier, **présidente**, CSSS de Rivière-du-Loup ■ M. James Hill, CSSS de Rimouski-Neigette ■ M^me^ Amélie Lefebvre, CSSS de Rivière-du-Loup ■ M^me^ Geneviève Patry, Rimouski-Neigette ■ M. Stéphane Plante, Rimouski-Neigette	■ M^me^ Marlène Collard, Kamouraska ■ M^me^ Julie Lagacé, CSSS de Matane ■ Poste vacant, pharmacien propriétaire
Autre membre en provenance de l'Agence	
■ M^me^ Julie Moisan, pharmacienne, déléguée par le PDG	

Principales activités de l'année

- Mise en place du comité régional selon les nouvelles dispositions législatives (L.R.Q., c. S-4.2, art. 417.7-417.9);
- Quatre réunions ont eu lieu depuis sa formation;
- Identification des projets prioritaires :
  - Développement d'un moyen de communication efficace entre tous les pharmaciens de la région pour assurer la réalisation des projets en collaboration,
  - Développement d'un réseautage entre les différents comités de la région regroupant médecins et infirmières afin d'actualiser les projets du Comité régional sur les services pharmaceutiques en lien avec les projets cliniques,
  - Recherche de solutions à la pénurie de main-d'œuvre en pharmacie;
- Chantier de travail pour un projet concernant le suivi des patients anticoagulés;
- Révision du circuit du médicament.

2.11 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition
(au 31 mars 2007)

Nom	Établissement/organisme
■ M^me^ Michelle Beaulieu	CSSS de Témiscouata
■ M^me^ Suzanne Beaulieu	CSSS de Rivière-du-Loup
■ M^me^ Micheline Lavoie	CSSS de Témiscouata
■ M. Bertin Lévesque	CSSS de La Matapédia
■ M^me^ Esther Otis	Agence du Bas-Saint-Laurent
■ M^me^ Nicole Ouellet	UQAR
■ M^me^ Alexandra Proulx	CSSS de La Mitis
■ M^me^ Hélène Sirois	CSSS de Kamouraska
■ M. Marc-André Thériault	CSSS des Basques
■ M^me^ Johanne Turcotte	Cégep de Matane

Principales activités de l'année

- Au cours de l'année, l'Agence a précisé les dossiers sur lesquels elle souhaitait obtenir des avis de la Commission infirmière régionale ou de la Commission multidisciplinaire régionale. Ces dossiers sont les suivants :
  - Dans le contexte de la consolidation des services à domicile s'adressant aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, donner un avis visant à identifier la proportion requise de soins infirmiers, de soins d'assistance, de services psychosociaux et de réadaptation devant être offerts par les CSSS;
  - Dans le contexte des travaux à venir sur l'équité intrarégionale, donner un avis sur les balises visant à identifier l'offre de service attendue des CSSS;
  - Dans le contexte de l'application du projet de loi n° 90 et de la pénurie actuelle ou appréhendée de main-d'œuvre dans certains secteurs (réadaptation, soins infirmiers), donner un avis sur la délégation d'actes professionnels vers des non-professionnels;
  - Dans le cadre d'un plan d'action relativement au dossier du circuit du médicament, donner un avis sur le plan d'action de l'Agence.
- Afin d'amorcer ces travaux, les commissions régionales ont tenu des rencontres conjointes où l'information pertinente leur a été présentée. Ces travaux se poursuivront en 2007-2008 à l'exception de l'avis fourni par la Commission infirmière régionale sur le circuit du médicament qui n'interpelle que cette dernière.

2.12 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices touchant leurs secteurs d'intervention et les incidences qui en découlent.

Composition
(au 31 mars 2007)

Nom	Établissement/organisme
■ M. Denis Audet	CSSS de Témiscouata
■ Mme Dany Caron	CSSS de Matane
■ M. Alain Côté	CRDI du Bas-Saint-Laurent
■ Mme Thérèse Des Groseillers	CSSS de Kamouraska
■ M. René Dumont	Agence du Bas-Saint-Laurent
■ M. René Fradette	Cégep de La Pocatière
■ M. Gaston Lagacé	CSSS de Kamouraska
■ M. Christian Lévesque	CSSS de La Mitis
■ Mme Claire Page	UQAR
■ Mme Lise Ross	CSSS de Matane
■ M. Sarto Roy	UQAR
■ M. Claude St-Laurent	CRDI du Bas-Saint-Laurent
■ Mme Lise Verreault	CSSS de Kamouraska

Principales activités de l'année

- Outre les travaux conjoints avec la Commission infirmière régionale présentés précédemment, la Commission multidisciplinaire régionale a été invitée à soumettre ses commentaires sur un document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux décrivant l'offre au niveau des services psychosociaux généraux des centres de santé et de services sociaux.

CHAPITRE 3 - FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE ET SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

3.1 BILAN GÉNÉRAL DE L'ENTENTE DE GESTION

PROPOS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM

Outre les tableaux de reddition de comptes qui ont été intégrés à titre pertinent à l'intérieur des différentes rubriques qui suivent, d'autres dimensions sont à prendre en considération dans le cycle des ententes de gestion et, à ce titre, nous reproduisons ici intégralement le texte d'avant-propos du *Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, mai 2007* de M. Alain Paquet, président-directeur général par intérim de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

> *« Encore cette année, une attention particulière a été apportée afin d'assurer une fiabilité optimale des données compilées dans le cadre du suivi de gestion. À ce titre, un tableau de bord périodique est produit par l'Agence et transmis aux établissements. Cet outil d'analyse identifie les écarts prévus à la cible et permet aux gestionnaires concernés de réagir rapidement lorsque des écarts apparaissent.*
>
> *Le processus régional de signature des ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements a fait l'objet d'une modification importante en 2006-2007. En effet, l'entente couvre une période de deux ans qui se terminera le 31 mars 2008. Cette façon de faire offre une perspective permettant aux établissements de mieux planifier la réponse aux attentes convenues. Les cibles des indicateurs et les aspects financiers font quant à eux l'objet d'une révision annuelle.*
>
> *Le Forum régional sur les ententes de gestion, tenu à l'hiver 2007 et auquel a participé la majorité des directeurs généraux des établissements de la région, a permis de constater une ouverture et une volonté ferme de la part du Ministère d'apporter des changements aux indicateurs et au processus des ententes de gestion afin de refléter davantage les préoccupations systémiques et stratégiques. Un des défis consiste à identifier des indicateurs axés davantage sur la qualité, les priorités et l'amélioration de l'état de santé de la population. Les indicateurs de volume de production ne peuvent effectivement à eux seuls rendre compte de tous les aspects des activités d'un établissement et d'une région.*
>
> *L'exercice devant mener l'Agence à l'adoption d'une nouvelle planification stratégique pluriannuelle est présentement en cours. Le contenu des prochaines ententes de gestion reflétera nécessairement les priorités qui y seront identifiées puisque l'Agence entend mener les deux exercices de façon parfaitement intégrée.*
>
> *Nous pouvons maintenant affirmer que la pratique de gouverne axée sur la reddition de comptes et l'imputabilité est maintenant bien implantée et fait partie des préoccupations du réseau qui ne remet d'ailleurs plus en cause sa pertinence. Il reste maintenant à s'assurer que son évolution permette d'améliorer encore davantage la cohérence entre les attentes et les priorités nationales, régionales et locales. »*

La reddition de comptes dépasse maintenant la simple transmission de données statutaires. Elle interpelle tous les niveaux de gestion à explorer, précise les causes des écarts et assure la mise en place, lorsque requis, de mesures correctrices appropriées.

RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES CIBLES MINISTÉRIELLES

En général, la région présente des résultats assez favorables quant aux cibles contenues à l'entente de gestion et d'imputabilité qui font l'objet d'un suivi de gestion; 60 % des indicateurs ont rencontré la cible prévue en 2006-2007 ou la cible 2010 du Ministère. Il existe cependant quelques indicateurs qui font état d'un écart, notamment :

- **En dépistage du cancer du sein,** toutefois, notre taux régional demeure supérieur à la moyenne provinciale;
- **En soins infirmiers et psychosociaux généraux,** les CSSS utilisent de plus en plus les interventions de groupe, ce qui fait diminuer les listes d'attente, mais ce genre d'information n'est pas considéré dans l'indicateur actuel;
- **En déficience physique,** la difficulté de recrutement d'orthophonistes compromet annuellement l'atteinte de la cible;
- **Au niveau des jeunes en difficulté**, le délai d'attente à l'évaluation a connu une amélioration constante depuis 2003-2004, passant de 26,93 jours en 2003-2004 à 20,89 jours en 2006-2007. Au cours du présent exercice, un investissement additionnel de deux postes a été supporté par l'Agence afin de consolider l'équipe volante. À ce jour, l'établissement concerné vit une problématique importante d'absentéisme et tente d'en atténuer les effets par un effort important de recrutement ainsi que la modulation de la distribution territoriale des ressources présentement en place;
- **Au niveau des services de première ligne en santé mentale,** principalement pour la clientèle jeunes, l'écart à la cible demeure important. L'Agence a réservé la presque totalité de ses crédits de développement de 2006-2007 afin de consolider l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse. Certains retards dans la réalisation des investissements sont observés, mais la consolidation des équipes devrait être effective sous peu. Quant aux services de soutien d'intensité variable dans la communauté, une clarification des modalités d'application du soutien dans le milieu est présentement en cours;
- **Au plan des urgences,** la région connaît des difficultés principalement avec le séjour moyen des personnes de plus de 75 ans. Malgré des épisodes importants en gastroentérite et celles du virus respiratoire syncytial de l'hiver, le niveau de performance est relativement bon;
- **En chirurgie,** les niveaux de production fluctuent selon la disponibilité des ressources spécialisées en anesthésie, en orthopédie et en ophtalmologie ainsi qu'en fonction de la disponibilité des lits dans les unités de chirurgie. La région réussit tout de même à maintenir un niveau de production qui respecte à peu de chose près les cibles convenues.

Résultats en lien avec les cibles régionales

À partir de 2006-2007, l'Agence a convenu de formaliser l'entente de gestion avec les établissements pour une durée de deux ans. Les ententes de gestion et d'imputabilité présentement en cours couvrent donc la période du 1er avril 2006 au 31 mars 2008. Les cibles ainsi que le financement restent annuels et feront l'objet d'un addenda à l'entente dès la fin de la première année. Cette façon de procéder a été très appréciée des établissements et permet d'orienter l'action sur une période plus réaliste.

Outre les cibles ministérielles de services, les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements contiennent des cibles régionales visant à mieux articuler les priorités nationales, régionales et locales. L'atteinte de ces cibles fait également l'objet d'un suivi de l'Agence. Pour l'entente de gestion présentement en cours, ces cibles concernent notamment :

- La mise en place de l'**Initiative des amis des bébés**;
- L'implantation de l'approche « **École en santé** » dans tous les territoires de commissions scolaires;
- La réalisation de certaines priorités inscrites au document *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des **services aux aînés en perte d'autonomie** dans la région du Bas-Saint-Laurent*;
- La production de **plans d'intervention ou de plans de services individualisés** pour les clientèles recevant des services de première ligne (principalement du soutien à domicile);
- La précision des rôles et l'établissement de **corridors de services entre la première et la deuxième ligne** des programmes de déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté, dépendances et santé mentale;
- La collaboration à certaines analyses portant sur la **responsabilité des RI et RTF**;
- **L'intégration des activités** de prévention, promotion, dépistage et intervention précoce en dépendances dans l'ensemble des programmes lorsque cela est pertinent;
- La diversification des **services résidentiels en santé mentale**;
- La constitution ou la consolidation d'**équipes de première ligne en santé mentale jeunesse**;
- La diminution des **listes d'attente en chirurgie**;
- La consolidation du **programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques**;
- La mise en place de certains **systèmes d'information**.

Considérant justement la visée de réalisation de ces cibles sur un horizon de deux ans, le présent rapport annuel fait état de l'avancement des travaux dans les rubriques respectives qui suivent.

3.2 Projets cliniques

Attentes et mesures de soutien

Afin d'actualiser le modèle d'organisation régional des réseaux locaux de services, l'Agence a élaboré un cadre de référence pour soutenir l'élaboration des projets cliniques[2]. Elle a par ailleurs retenu quatre secteurs d'intervention prioritaires qui incluent tous l'implication des services médicaux de première ligne :

- Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Les personnes atteintes de maladies chroniques incluant le cancer;
- Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale;
- Les jeunes en difficulté et leur famille.

2 *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent. Guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, juin 2004.

L'Agence a alors confié aux instances locales, que sont les huit CSSS de la région, le mandat d'actualiser leur réseau local de services (RLS) et d'élaborer, en concertation avec leurs partenaires, un projet clinique devant préciser pour chacune des clientèles priorisées :

- Les interventions reconnues efficaces à préconiser dans l'optique d'un continuum global de services;
- Les constats sur la situation actuelle;
- Les objectifs poursuivis;
- Les mesures à mettre en place ou à consolider, entre autres :
  - offre de service locale, régionale et hors région, s'il y a lieu,
  - corridors de services et ententes conclues avec les partenaires,
  - protocoles cliniques,
  - modalités d'intégration de services;
- Le plan d'actualisation du projet clinique et les ressources mises à contribution.

Les attentes signifiées par l'Agence précisent également que les établissements offrant des services spécialisés et les centres de santé et de services sociaux devront conclure des ententes entre eux afin que les établissements régionaux contribuent à l'actualisation des projets cliniques des CSSS.

Afin de concrétiser son support aux établissements, l'Agence a mis en place différentes mesures de soutien financier. Dans un premier temps, une mesure ponctuelle de 125 000 $ a été consentie pour chaque CSSS visant à dégager des ressources humaines des établissements pour soutenir la mise en place des RLS et l'élaboration des projets cliniques. Par ailleurs, l'Agence a alloué, entre 2003-2004 et 2006-2007, des fonds spécifiquement dédiés à des mesures prévues par les projets cliniques. Le tableau suivant résume les allocations qui ont été consenties.

Investissements consentis en appui à la mise en place des RLS et aux projets cliniques

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Mise en place des RLS	1 000 000 $	0 $	0 $	0 $
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	0 $	16 460 $	1 186 606 $	395 498 $
Maladies chroniques et cancer	54 485 $	356 641 $	932 622 $	1 409 564 $
Jeunes et leur famille	0 $	420 429 $	282 107 $	452 602 $
Santé mentale	196 000 $	306 000 $	306 000 $	306 000 $
TOTAL	**1 250 485 $**	**1 099 530 $**	**2 707 335 $**	**2 563 664 $**

Perspectives pour les projets cliniques

Le défi que soulève l'implantation des projets cliniques dans la région nécessite de personnaliser à chacun des CSSS la coordination et le soutien offerts par l'Agence. À cet effet, au cours des prochains mois, l'Agence entend mettre en place des mesures adaptées à la situation de chacun des territoires. Ces mesures pourront prendre les formes suivantes :

- Soutien et accompagnement personnalisés à chacun des établissements et à chacune des cibles des projets cliniques afin d'appuyer les interventions sur les priorités identifiées par l'Agence et l'établissement;
- Établissement et maintien de liens accrus entre les établissements régionaux de réadaptation et les CSSS;
- Partage de responsabilités entre les services généraux et les services spécialisés pour consolider le rôle de leadership des CSSS dans leur réseau local de services;
- Ancrage des priorités découlant des projets cliniques dans les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements.

3.3 PROJET CLINIQUE : PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

L'Agence adoptait en décembre 2005 le *Plan d'action régional sur les services aux aînés* en lien avec le plan d'action national. Le plan d'action régional s'harmonisait également avec les balises mises en place par les CSSS pour l'élaboration de leur projet clinique respectif. C'est donc principalement en 2006-2007 que se sont amorcées les actions du plan qui comportait quatre enjeux liés à la promotion-prévention, au fait de demeurer dans son milieu, au maintien d'un niveau optimal d'autonomie et à l'équilibre dans le partage des responsabilités d'hébergement entre les secteurs public, privé et communautaire. Aussi, plusieurs membres du Département régional de médecine générale se sont impliqués localement dans les travaux touchant ce projet clinique.

PROMOTION-PRÉVENTION

Ceci fut en partie couvert en supportant les CSSS dans l'implantation du *Programme intégré d'équilibre dynamique* (PIED), composante d'un programme de prévention des chutes. Durant la dernière année, 5 CSSS ont adhéré au programme et 134 personnes âgées y ont participé. La participation au programme « Vie active » fut également fort importante : 45 groupes et 838 participants dans 6 CSSS.

MAINTIEN DANS LE MILIEU

Cet enjeu visait à respecter le souhait des personnes en perte d'autonomie de continuer à vivre dans leur milieu. À cet égard, la comparaison annuelle du nombre d'interventions à domicile auprès des aînés en perte d'autonomie entre l'année 2006-2007 et le nombre au début du programme (2004-2005) s'élève à 5 509 interventions annuelles de plus. Toutes les personnes en résidences privées ont maintenant accès à des services de soutien à domicile au besoin.

Pour la dernière année, 298 personnes ont bénéficié de services de présence-surveillance et 487 personnes ont profité de services d'hébergement temporaire pour répit planifié (certains par alternance) et pour dépannage. Le support s'est donc considérablement accru envers les personnes en perte d'autonomie et les proches aidants.

Pour favoriser une accessibilité plus rapide aux services et améliorer leur continuité, deux CSSS ont implanté la gestion de cas (Kamouraska et Rimouski-Neigette). À cet égard, des séances de formation ont été organisées régionalement pour supporter l'implantation dans tous les CSSS.

Plus de services et une sensibilité plus grande à l'accessibilité et à la continuité ont permis de réduire le recours à l'hébergement institutionnel. Le taux d'hébergement en CHSLD est ainsi passé de 4,1 en 2004-2005 à 3,8 en 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**		
Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	5 933	5 927	**6 106**
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	19,3	21	**20,9**
Commentaires			
En soutien à domicile, le taux de pénétration du service est excellent. À 18,06 % des personnes de 65 ans et plus, il se situe largement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui est de 16 %.			
Le niveau d'intensité a, quant à lui, augmenté significativement au cours de l'exercice, reflétant l'impact de la transition et des réallocations présentement en cours dans ce programme. Il faut aussi tenir compte que les entreprises d'économie sociale de la région offrent près de 372 000 heures de services, principalement pour les aides à la vie domestique, et que ces interventions ne sont pas compilées dans la statistique du nombre moyen d'interventions par usager présenté ci-dessus.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Maintien d'un niveau optimal d'autonomie

Les règles régionales des mécanismes d'accès à l'hébergement ont été révisées pour éviter que des personnes en légère perte d'autonomie se retrouvent dans des ressources où les services excèdent leurs besoins, ce qui risque d'entraîner une diminution de leur niveau d'autonomie, et ce, compte tenu d'une prise en charge trop grande. En 2006-2007, 92 % des personnes admises en ressources intermédiaires (RI) nécessitaient 1,4 h et plus de soins quotidiens (72 % en 2004-2005) et 74 % des personnes admises en CHSLD requéraient 3 h et plus de soins quotidiens (73 % en 2004-2005), ce qui représentait les balises posées. L'amélioration notée au plan régional semble moins grande pour l'admission en CHSLD, mais il faut indiquer que 3 CSSS atteignent ou dépassent un taux d'observance de 85 %, ce qui est notable.

Aussi, la sensibilisation à l'approche « Milieu de vie » des personnes œuvrant en ressources intermédiaires s'est faite par les CSSS dans 23 ressources sur 47.

Équilibre dans le partage des responsabilités d'hébergement

Les besoins identifiés portent principalement sur des ressources d'hébergement pour des personnes pouvant se déplacer, mais affectées de déficits cognitifs et pour des personnes présentant des handicaps physiques. Pour la première clientèle, trois CSSS bénéficient actuellement de ressources intermédiaires (Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup et La Matapédia). Pour les personnes handicapées, des ressources communautaires sont en implantation dans trois CSSS (Rimouski-Neigette, La Mitis et La Matapédia).

SOINS PALLIATIFS

Dans la région, l'organisation des soins palliatifs fait partie intégrante du projet clinique destiné aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'organisation actuelle repose sur des soins palliatifs offerts en CH, en CHSLD et à domicile. Des lits dédiés en soins palliatifs, en courte ou en longue durée, sont disponibles dans la majorité des CSSS du territoire, soit Rivière-du-Loup, Les Basques, Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane.

L'Agence privilégie les soins palliatifs à domicile en maintenant l'objectif d'offrir des services le plus près possible du lieu de résidence des personnes en fin de vie.

Par ailleurs, certains CSSS ont développé une expertise qui sera mise à contribution pour supporter l'ensemble des établissements de la région.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Soins palliatifs**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	632	632	**727**
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,3	19,3	**16,9**

Commentaires

Le volume de personnes desservies dépasse la cible régionale et l'intensité des services dispensés se situe au-dessus de la cible 2010 qui correspond à 16 interventions par usager.

Les CSSS assurent qu'ils répondent à la demande et que toutes les références font l'objet d'un traitement approprié. Des infirmières pivots en cancer sont d'ailleurs présentes dans chaque territoire de CSSS et jouent également leur rôle auprès des clientèles qui requièrent des soins palliatifs.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ ET SITUATION DANS LES CHSLD ET LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES (RI-RTF)

Depuis la mise en place en 2004 du programme de visites d'appréciation du Ministère, huit visites en CHSLD (six en CHSLD publics et deux en CHSLD privés conventionnés) et cinq en RI-RTF ont eu lieu dans notre région, dont trois durant la dernière année (une en CHSLD public et deux en RI-RTF). Par ailleurs, les services de réadaptation et de protection de la jeunesse du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent ont fait l'objet d'une visite du Ministère en 2005.

Les activités des deux CHSLD privés conventionnés ont été cessées depuis et tous les autres établissements concernés ont reçu leur rapport de visite et ont produit leur plan d'action en conséquence; un suivi régulier est fait en cette matière.

Aussi, l'entente de gestion prévoit des cibles qui contribuent, lorsqu'elles sont atteintes, comme c'est le cas dans notre région, à l'amélioration de la qualité des soins et services en CHSLD, comme en témoigne le tableau suivant.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2.99	3.00	**3,04**
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,24	**0,24**
Commentaires			
Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en hébergement se situe actuellement au niveau de la cible régionale et de la cible nationale. La diminution en cours du nombre de lits permet de maintenir ce niveau de performance global et de favoriser une harmonisation de l'offre de service à ce titre de l'ensemble des CSSS.			

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

PERSPECTIVES POUR LE PROJET CLINIQUE : PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Les résultats observés nous permettent de croire à l'amorce d'un changement de culture vers un maintien à domicile accru des personnes en perte d'autonomie. Comme dans tout changement, il est normal de rencontrer des résistances tant chez les intervenants que chez les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches. Nous tenterons dans la prochaine année de rassurer les gens sur l'accessibilité aux services en cas de besoin et sur la gestion des risques engendrés par la perte d'autonomie, tout en continuant de rehausser la gamme, la continuité et la qualité des services dans la poursuite du *Plan d'action régional 2005-2010.*

3.4 PROJET CLINIQUE : MALADIES CHRONIQUES ET CANCER

Maladies chroniques

Au cours des dernières années, l'Agence a poursuivi son travail visant à déployer ou consolider une offre de service complète pour réduire la mortalité et la morbidité évitables attribuables aux maladies chroniques. Cette volonté d'intervenir plus efficacement pour lutter contre les maladies chroniques s'est traduite par une mobilisation des réseaux locaux et l'identification d'engagements précis dans les plans d'action des projets cliniques des huit CSSS du Bas-Saint-Laurent et dans les ententes de gestion signées entre l'Agence et ces mêmes instances locales. Aussi, plusieurs membres du Département régional de médecine générale (DRMG) se sont impliqués localement dans les travaux touchant ce projet clinique.

PROMOTION ET PRÉVENTION

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux et 34 restaurateurs participants de la région, a procédé, le 6 mars 2007, au lancement de la campagne « **Fruits et légumes en vedette – Bougez plus, mangez mieux** » lors de 3 conférences tenues à Matane, Rimouski et Rivière-du-Loup. Le tout s'inscrit dans le cadre du programme gouvernemental des saines habitudes de vie « Bougez plus, mangez mieux ». L'objectif visé est de faire la promotion d'une alimentation saine et équilibrée en consommant des fruits et des légumes, et également des bienfaits de la pratique de l'activité physique.

La région du Bas-Saint-Laurent remporte la Coupe Or du Défi Santé 5/30 (2 259 inscriptions) et la Coupe Bronze pour le Défi J'arrête, j'y gagne! (934 personnes ont cessé de fumer)

Au cours de la dernière année, les efforts ont été maintenus pour consolider les services offerts en maladies chroniques. L'investissement financier réalisé l'an dernier a été maintenu pour un total annualisé de près de 800 000 $ affectés dans les CSSS de la région pour l'engagement d'effectifs dédiés aux équipes d'enseignement en maladies chroniques.

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les CSSS de Rimouski-Neigette et de La Mitis ont mis sur pied une clinique régionale de rhumatologie visant à mieux organiser les soins pour les personnes présentant un problème de santé de l'appareil locomoteur, un projet unique au Québec.

Le soutien de l'Agence a également permis d'amorcer une harmonisation des pratiques en maladies chroniques de façon à accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des services dispensés. Cet effort concerté avec le personnel clinique du réseau se traduit par l'implantation d'un suivi systématique des clientèles en diabète, en maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et en asthme. Un effort particulier a été consenti pour accroître la qualité d'intervention en diabète. Des résultats concrets ont déjà été obtenus puisqu'on observe une importante augmentation des clients référés pour l'enseignement du diabète et des MPOC.

En plus de ces activités, l'Agence a accordé une attention particulière pour soutenir une expérimentation d'une hiérarchisation des services en rhumatologie. Un guide de pratiques a été produit et une formation a été dispensée aux différents professionnels concernés. Grâce à la collaboration d'une équipe de médecins spécialistes du réseau, les délais d'attente pour consultation en rhumatologie ont été réduits considérablement.

Sachant que dans notre région, certains territoires de RLS sont aux prises avec un déficit chronique de médecins de famille, la mise en place de services plus complets permettant d'accroître la prise en charge et l'autogestion des maladies chroniques représente l'un des moyens concrets pour soutenir la pratique médicale dans nos territoires.

Les efforts consentis dans la lutte au tabagisme donnent des résultats tangibles tels que le tableau suivant en témoigne.

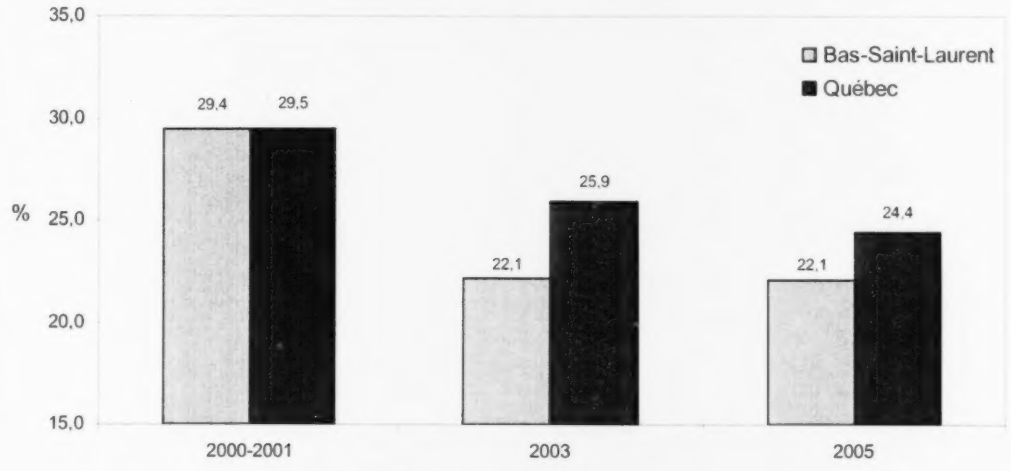
Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Prévention – tabagisme**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme.*		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
■ Interventions individuelles	179	196	**223**
■ Interventions de groupe	38	38	**18**

Commentaires

En abandon du tabagisme, le volume d'activités compilées a dépassé la cible. Il faut en plus considérer que certains CSSS de la région rencontrent des fumeurs à l'extérieur du centre d'abandon tabagique faisant en sorte qu'une partie des activités n'est pas compilée dans les statistiques d'I-CLSC.

La région présente un bilan très favorable quant au nombre de fumeurs. En effet, elle se trouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire avec seulement 22,1 % comparativement à 24,4 % pour l'ensemble du Québec.

Proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels), population âgée de 12 ans et plus, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2000-2001, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

PERSPECTIVES POUR LE VOLET DES MALADIES CHRONIQUES

Bien entendu, beaucoup de travail a été fait et reste encore à faire. La poursuite de l'harmonisation des pratiques, la formation médicale continue, l'informatisation des suivis systématiques de la clientèle et l'amélioration des systèmes de collecte de données ne sont que quelques-unes des tâches à accomplir pour avoir une offre de service optimale pour cette clientèle.

Lutte au cancer

En matière de lutte contre le cancer, l'Agence a adopté en 2004 son **programme régional** qui vise notamment l'implantation d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans chacun des huit réseaux locaux, incluant une équipe à vocation régionale.

À ce jour, les équipes interdisciplinaires locales en oncologie ont eu à élaborer un projet clinique en cancer incluant un diagnostic de leur fonctionnement et l'identification de leurs cibles prioritaires. Puis, en octobre 2005, elles ont fait l'objet d'une évaluation de la part du Groupe d'experts mandaté par le MSSS. Depuis, chacune des équipes travaille à rencontrer les diverses recommandations qui leur ont été formulées en vue d'obtenir les désignations formelles pour l'année 2007, et une Table régionale des infirmières-pivots en oncologie est active dans la région.

Pour ce qui est de la radiothérapie, les résultats obtenus indiquent une amélioration constante de l'ensemble des indicateurs en ce domaine, notamment ceux se rapportant au nombre de personnes en attente de traitements et du nombre de patients traités au-delà du délai d'attente médicalement acceptable. Les actions prises depuis quelques années en font foi.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
I.9.7 Nombre de patients en attente de plus de quatre semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	0	0	3

Commentaires

Il s'agit ici du nombre de patients en attente depuis plus de 4 semaines au 31 mars. Sur la période du 1er avril 2006 au 31 mars 2007, 84 % des nouveaux patients inscrits ont été traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines.

Sur une équipe de 21 technologues dispensant actuellement les traitements, 6 n'ont pu demeurer en poste à cause de congés de maternité ou de maladie, et il n'y a pas de liste de rappel en ce domaine. Dans ce contexte, le service est à revoir ses paramètres de planification afin de maintenir une performance acceptable dans les délais d'attente.

Malgré le fait que le service soit doté de trois appareils de traitement, la vétusté de deux d'entre eux rend difficile le maintien d'une production régulière. Avec les nombreux bris rencontrés sur ces appareils au cours de la dernière année, on peut affirmer que sur une base quotidienne, un seul d'entre eux était en fonctionnement. De plus, tenant compte de la fragilité d'un appareil en particulier, celui-ci est utilisé sporadiquement seulement et pour un petit nombre de traitements.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Également, un projet pilote d'une durée de deux ans, soutenu par le MSSS, a permis l'implantation d'un fichier des tumeurs nommé « SARDO » dans les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette. Ce fichier permet de recenser tous les cas de cancer et conséquemment, d'améliorer la connaissance globale sur le sujet.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

La région est par ailleurs toujours active dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). De fait, la région affiche un taux de participation de 61 % selon les dernières données disponibles, comparativement à 49,4 % pour le Québec en 2005. Plusieurs activités de sensibilisation sont en cours (bulletin d'information interétablissements, relance personnalisée de la clientèle, etc.) et contribuent à ce résultat encourageant.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Dépistage du cancer du sein**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.3 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein	61 %	61 %	**59,3 %**
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
■ initial	12,7 %	11,7 %	**13,5 %**
■ subséquent	8 %	7,4 %	**7,6 %**
Commentaires			
Malgré une légère diminution du taux de participation au cours de la dernière année, la situation régionale se compare très favorablement à celle du Québec.			
Au cours de l'automne 2007, avec l'arrivée de l'unité mobile de mammographie, l'accessibilité se trouvera grandement améliorée et la région s'attend à retrouver minimalement sa performance de 2005-2006.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Cependant, la région fait face depuis janvier 2004 à certaines difficultés dans l'offre de service en mammographie liées principalement au recrutement de radiologistes et au maintien de l'expertise eu égard aux volumes de la clientèle, particulièrement dans les petits centres.

Perspectives pour le PQDCS

Soucieuse d'assurer une qualité optimale de services, l'Agence oriente depuis plusieurs mois ses efforts en mammographie de dépistage vers le déploiement d'une clinique mobile pour le territoire. La clinique mobile se déplacera d'un point de service à un autre et selon les besoins des CSSS, et ce, sur plusieurs semaines par année selon une fréquence établie. Elle pourra être déployée dans plus d'un point de service par territoire, là où les installations le permettent et où un volume d'examens minimum est rencontré.

Dans le cadre de ses activités régulières, la clinique mobile de mammographie sera appelée à desservir en priorité les femmes de cinq territoires.

Estimation du nombre de mammographies de dépistage pour les femmes de 35 ans et plus		
MRC	Nombre estimé de femmes ayant une mammographie de dépistage/année	Nombre de semaines d'utilisation
La Mitis	1 018	8,5
La Matapédia	944	7,9
Les Basques	597	5,0
Témiscouata	1 210	10,1
Kamouraska	1 223	10,2
TOTAL	**4 992**	**41,7**

Également, dans une visée d'optimisation de ce service, la clinique mobile, lorsque non requise par un de ces CSSS, pourrait prêter main-forte aux trois autres territoires de notre région possédant un service de mammographie advenant que la liste d'attente en dépistage accuse des retards. Tout ce déploiement est prévu pour octobre 2007.

3.5 PROJET CLINIQUE : SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* marque un tournant en voulant offrir des services de première ligne accessibles à toute la population le plus près possible de leur milieu de vie. Ce virage a pour finalité de dégager les services de deuxième et de troisième ligne.

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, les efforts se poursuivent pour améliorer l'offre et l'accessibilité aux services, pour assouplir les frontières entre les différentes ressources impliquées et pour réduire les décès par suicide.

Santé mentale

Dans le secteur de la santé mentale, le réseau des établissements de santé et de services sociaux ainsi que les autres partenaires concernés se mobilisent depuis plusieurs années afin de poursuivre la transformation des services guidée par les orientations régionales et ministérielles. Ces travaux sont menés dans la perspective de rapprocher l'intervention le plus près du milieu de vie des personnes, de diversifier les services et de répartir les ressources nécessaires à l'atteinte des cibles prévues. Aussi, plusieurs médecins, soit des psychiatres ou des membres du Département régional de médecine générale, se sont impliqués localement et régionalement dans les travaux touchant ce projet clinique.

Dans ce contexte, la démarche des projets cliniques en santé mentale a permis d'identifier de façon transversale les principales forces et ruptures en termes d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des services. Suite à l'exercice des projets cliniques en santé mentale, les services qui ont nécessité une attention particulière durant la présente année furent :

- L'organisation des services de santé mentale pour la clientèle jeunes;
- Les services résidentiels;
- Les services de suivi dans la communauté;
- L'intervention en situation de crise.

RÉVISION DE L'OFFRE DE SERVICE

Les CSSS travaillent à revoir ou à définir leur offre de service autant pour la clientèle jeunes qu'adultes, à réorganiser les services autour d'une équipe de santé mentale, à établir un corridor de services en première et deuxième lignes, à définir les mécanismes d'accès, de liaison, de référence et de suivi, à formaliser les partenariats et à convenir d'ententes de service appropriées. Pour procéder à la réorganisation de l'offre de service de première ligne s'adressant à la clientèle jeunes et pour mettre à la disposition des intervenants de l'encadrement clinique, l'Agence a réservé aux centres de santé et de services sociaux un soutien financier transitoire.

Outre ces travaux, depuis quelques années, le CSSS de Rivière-du-Loup rend accessible un réseau intégré de services en santé mentale jeunesse et en pédopsychiatrie pour le secteur du Kamouraska, de Rivière-du-Loup, du Témiscouata et des Basques (KRTB). Par la participation d'un agent de liaison et des pédopsychiatres qui se déplacent dans les quatre MRC du secteur ouest, l'ensemble des intervenants sectoriels et intersectoriels peut compter sur une expertise permettant ainsi d'améliorer la qualité des soins et des services et d'offrir les services le plus près du milieu de vie des personnes. Pour soutenir ce projet, un financement non récurrent de 96 000 $ provient de l'Agence. Un projet similaire dans le secteur est du territoire est en processus d'actualisation.

Également, un projet de soins et de services partagés axé sur l'intersectorialité et l'interdisciplinarité pour la clientèle adultes en santé mentale est offert par le CSSS de Rivière-du-Loup depuis l'automne 2005 dans le secteur ouest. Ainsi, deux agents de liaison, assistés par des psychiatres, se déplacent dans l'ensemble des réseaux locaux pour assurer un rôle de liaison entre les différents paliers de service aux plans biopsychosocial et psychiatrique. Pour ce faire, l'établissement obtient un financement non récurrent de 210 000 $.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Services de première ligne – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	120	441	**229**
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	2 025	2 577	**2 468**

Commentaires

L'intervention de première ligne auprès des jeunes demeure très insuffisante tant en nombre de jeunes rejoints qu'en intensité des interventions. Afin de s'assurer que les investissements prévus en 2006-2007 permettent, au-delà de l'ajout de ressources, un réalignement de l'offre de service de première ligne destinée à la clientèle jeunes, l'Agence a sollicité des établissements concernés le dépôt de plans d'action détaillés d'actualisation du développement. Certains retards dans le dépôt des plans et dans leur analyse ont fait en sorte que la réalisation des volumes attendus n'a pu se concrétiser comme prévu au cours de l'exercice 2006-2007.

Au niveau des adultes, la situation est différente. La région respecte, à peu de chose près, sa cible et se situe à mi-chemin entre le seuil et la cible nationale. De plus, certains CSSS recourent de plus en plus à des interventions de groupe concernant différentes problématiques nécessitant des services de première ligne en santé mentale, et les données statistiques concernant ces interventions ne sont pas considérées par l'indicateur. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'interventions réelles qui contribuent significativement à améliorer l'offre de service régionale et diminuer les listes d'attente.

Notez qu'en 2006-2007, certaines modifications ont été apportées au mode de calcul de l'indicateur. En conséquence, le résultat 2005-2006 sur une base comparable à 2006-2007 représente 213 usagers de moins de 18 ans et 2 577 usagers de 18 ans et plus.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services de deuxième ligne – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	5	0	**6**
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	50	40	**153**
Commentaires			
L'augmentation marquée du nombre de personnes de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne est supérieur à 60 jours s'explique en partie par une demande accrue, de même que par la non-disponibilité de certains psychiatres pour une partie de l'année. La pression sur la 2e ligne est aussi très symptomatique de la nécessaire restructuration de l'offre de service de 1re ligne.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Services résidentiels

Selon les cibles ministérielles, pour la région du Bas-Saint-Laurent, les services d'hébergement de transition à durée limitée (RI) et les services d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger et modéré (RTF ou RI) en santé mentale sont largement supérieurs à ce qui est requis tandis que les logements avec soutien demeurent inférieurs.

Une réorganisation des services résidentiels et d'hébergement en santé mentale par les CSSS pour atteindre les cibles ministérielles relativement au nombre de places de ressources non institutionnelles (RI et RTF) et pour augmenter le nombre de services de soutien au logement et le nombre de places de réadaptation spécialisée dans la communauté est en cours. Pour éviter le développement de nouvelles places, l'Agence a décrété un moratoire en 2006.

Dans ce contexte, le CSSS de Rivière-du-Loup et le CSSS de Rimouski-Neigette sont à procéder à une évaluation du potentiel de réadaptation, d'autonomie et de réintégration dans la communauté de leur clientèle en santé mentale demeurant dans les ressources non institutionnelles. Des travaux sont également en cours par les deux établissements pour développer des mesures alternatives telles que le soutien au logement et les appartements supervisés. De plus, le CSSS de Rivière-du-loup s'est vu accorder des crédits pour développer quatre places pour une clientèle de longue durée.

Services de suivi dans la communauté

Un comité de travail régional a été formé afin de réviser les modalités d'application du suivi dans la communauté (suivi intensif et soutien d'intensité variable) et de favoriser la conclusion d'ententes entre la première et la deuxième ligne en collaboration avec les établissements concernés.

Implication du milieu

Pour compter sur la participation d'utilisateurs de services en santé mentale, de représentants de familles ou de proches dans les exercices de planification et d'organisation de services en santé

mentale au sein des différents comités mis en place, les membres de la Table du projet clinique en santé mentale ont convenu d'une procédure pour aider au recrutement de ces personnes. Au plan local, dans la plupart des comités formés, on retrouve des représentants des personnes utilisatrices de services ainsi que des représentants des proches.

Également, mentionnons que l'organisme communautaire en santé mentale Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Déficience des Droits du Bas du Fleuve (PLAIDD-BF) a obtenu de l'Agence un financement non récurrent en 2006-2007 pour organiser des activités d'information et de formation aux personnes intéressées à être impliquées dans les différentes structures décisionnelles.

INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE 24/7

Les principaux services mis en place dans la région sont :

- Intervention téléphonique de crise psychosociale;
- Dix-huit places d'hébergement de crise réparties équitablement dans les deux sous-régions relevant de la responsabilité de deux organismes communautaires;
- Intervention de crise face à face dans quatre territoires de CSSS sur un total de huit établissements;
- Suivi à très court terme dans deux CSSS sur huit;
- Suivi intégré des personnes dépressives dans un CSSS.

Des ententes de service et des mécanismes de liaison entre les services de réponse téléphonique aux crises suicidaires et pour l'application de la loi (L.R.Q., chapitre P-38.001) sont conclues pour l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent.

Le service de suivi de crise à très court terme dédié aux personnes présentant un risque suicidaire ou ayant déjà fait une tentative compte parmi les choix régionaux. Pour soutenir les CSSS dans le développement de ce service, des balises régionales ont été élaborées, et une aide financière est prévue.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ■ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); ■ En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	64	150	**84**
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	195	140	**177**

Commentaires

Les données sur les services de soutien dans la communauté démontrent, particulièrement au niveau du soutien d'intensité variable, l'ampleur du travail de réorganisation et d'intégration de l'offre de service qui reste à faire dans la région. Des travaux menés, en collaboration avec les CSSS, ont permis de constater qu'il se fait très peu de soutien d'intensité variable, tel qu'on l'entend dans le plan d'action en santé mentale et peu de ressources sont spécifiquement dédiées à ce type de service. Le fort taux de roulement constaté, 343 usagers différents pour 84 usagers rencontrés en moyenne par période, renforce ce constat.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Services destinés à la clientèle vulnérable

Un soutien financier non récurrent a été offert par l'Agence à deux organismes communautaires œuvrant auprès de la clientèle masculine qui compte parmi la clientèle vulnérable, et ce, afin d'offrir le programme « Mû » visant à améliorer leur estime personnelle et à travailler sur leurs mécanismes d'adaptation.

Protocole de psychiatrie légale

Dans la région, sur huit CSSS, seulement deux ont une mission d'évaluation, de traitement et de garde des personnes sous ordonnance. Depuis 2000, différents travaux sur l'organisation des services à l'égard de la clientèle présentant une problématique en santé mentale ayant commis un acte criminel ont été menés. Ces travaux visaient à connaître les difficultés en termes d'organisation de services, de partage de rôles et de responsabilités, d'accessibilité et de continuité des services. Ils ont abouti en cours d'année à la mise en place d'une organisation de services multisectoriels pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

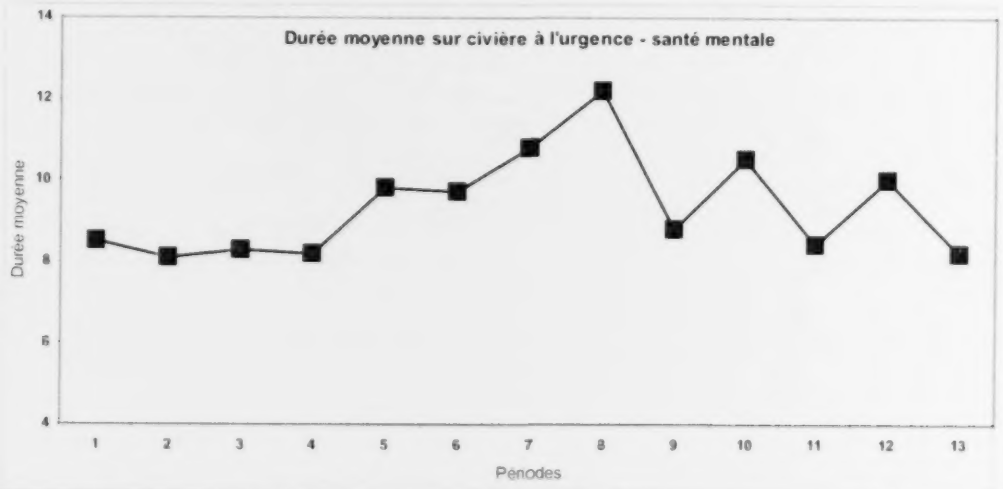
Axe :	**Services d'urgence – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ■ Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; ■ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
I.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	8.3	12	**9,3**
I.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,9 %	0,5 %	**0,5 %**

Commentaires

Le séjour moyen sur civière s'est maintenu à un niveau inférieur à la cible.

Pour ce qui est du pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière, la performance s'est constamment améliorée depuis 2 ans passant de 1.6 % en 2004-2005, 1,1 % en 2005-2006, jusqu'à atteindre la cible de 0,5 % en 2006-2007.



* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DOSSIER SUICIDE

PROGRAMME DE DÉSISTEMENT DES ARMES À FEU

En mai 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, le Comité stratégique pour la prévention du suicide, la Sûreté du Québec et d'autres partenaires lançaient une campagne de sensibilisation dans la perspective d'inviter la population à se débarrasser de leurs armes à feu inutilisées. Dans le cadre de ce programme, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine s'est associée à cette initiative.

L'objectif de cette campagne visait à éliminer de la circulation le plus grand nombre possible d'armes à feu inutilisées et ainsi réduire leur implication dans les décès par suicide ou homicide. Depuis le lancement de cette campagne, le programme a permis de récupérer au total 353 armes à feu comparativement à 207 en 2006.

PROGRAMME DE SUIVI ÉTROIT ET INTÉGRÉ POUR LA CLIENTÈLE VULNÉRABLE

En matière de prévention du suicide, le *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010* priorise parmi ses mesures les services de crise.

À cet effet, parmi la gamme de services à rendre accessibles, des efforts ont été déployés pour mettre en place le service de suivi étroit et intégré à court terme pour la clientèle vulnérable et à risque suicidaire.

Cette intervention commande une réponse directe, personnalisée et à court terme, centrée sur la situation en cours et axée sur la résolution des problèmes dans le but de réduire l'impact qui précède la crise et par conséquent, éviter les tentatives suicidaires et les suicides complétés.

À cet égard, les centres de santé et de services sociaux ont été sollicités par l'Agence pour assurer l'accessibilité de ce service sur leur territoire en tenant compte des ressources disponibles, en collaboration avec les autres ressources du milieu.

PROGRAMME « SENTINELLES »

Le Centre Prévention Suicide du KRTB et le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent ont reçu le mandat régional de développer le programme « Sentinelles » dans la région du Bas-Saint-Laurent. Dès le départ, il a été convenu que ce programme soit implanté en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux en ce qui concerne la référence et le suivi de la clientèle suicidaire repérée. Des ententes écrites officialisent ce partenariat. Il importe de mentionner que la région du Bas-Saint-Laurent compte parmi les premières régions à offrir le programme. Pour la mise en place de ce programme, l'Agence alloue annuellement un budget de 35 000 $ à chaque centre de prévention du suicide.

Les « sentinelles » sont recrutées parmi les personnes volontaires, engagées dans différentes sphères d'activités et susceptibles d'entrer en contact avec des personnes en détresse et particulièrement celles présentant un risque suicidaire. Depuis l'implantation du programme qui remonte en novembre 2004, la région compte sur un total de 630 « sentinelles ».

Pour le prochain exercice financier, les milieux scolaires et de l'agriculture sont ciblés.

PERSPECTIVES SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Dans la poursuite de l'implantation du projet clinique en santé mentale et du plan d'action ministériel, les principaux travaux à venir concerneront les éléments suivants :

- Référence de l'ensemble de la clientèle en santé mentale vers les services de première ligne pour l'accueil, l'évaluation, l'orientation et le traitement, le cas échéant;
- Intégration des services de première ligne en santé mentale, dépendances, jeunesse, incluant la référence vers les services spécialisés (Centre jeunesse, Centre de réadaptation L'Estran, CRDI, santé mentale de deuxième ligne);
- Précision des mécanismes d'accès, de liaison, de référence et de suivi de la clientèle;
- Établissement de protocoles d'entente entre les services de première ligne et les services spécialisés;
- Optimisation des pratiques cliniques;
- Implantation des réseaux « Sentinelles » en prévention du suicide dans les milieux agricoles et scolaires;
- Tenue d'activités de formation en prévention du suicide à l'intention des médecins.

3.6 PROJET CLINIQUE : JEUNES

Le projet clinique s'adressant aux jeunes en difficulté a permis d'identifier et de mettre en place des mesures du continuum de services promotion-prévention jusqu'aux services spécialisés de réadaptation. Aussi, plusieurs membres du Département régional de médecine générale se sont impliqués localement dans les travaux touchant ce projet clinique.

PROMOTION-PRÉVENTION

Les principales mesures en promotion-prévention mises de l'avant s'inscrivent en continuité d'interventions déjà en implantation dans la région visant l'allaitement maternel, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et l'approche « École en santé ».

Au niveau de l'allaitement maternel, les taux d'allaitement maternel au Bas-Saint-Laurent ont tendance à augmenter tant lors du séjour qu'à la sortie du service de maternité. Pour 2006-2007, les taux lors du séjour sont de 81,7 % et de 72 % à la sortie. Cependant, les taux pour les différentes durées d'allaitement demeurent toutefois encore en deçà des objectifs visés nationalement. Tous les établissements de la région sont engagés dans l'Initiative des amis des bébés et l'Agence a versé plus de 142 692 $ aux CSSS pour les supporter dans cette démarche.

De leur côté, **les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité** sont offerts dans les huit territoires de la région, tant pour les jeunes parents que pour la clientèle en extrême pauvreté, et une formation spécifique traitant de l'attachement a été offerte.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Promotion et prévention – jeunes et familles**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.10 Proportion de femmes ayant accouché dans l'année et rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	92,9 %	98 %	**85,6 %**
Commentaires			
La proportion des femmes ayant accouché dans l'année et rejointes par des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance n'atteint pas la cible régionale. Cependant, les CSSS nous assurent que la presque totalité des femmes ciblées par le programme sont rejointes. L'écart entre la réalité terrain et celle mesurée par l'indicateur vient du fait que la cible 2006-2007 a été calculée en mettant en rapport le nombre de femmes suivies en 2005-2006 et le nombre de naissances selon l'âge et la scolarité de la mère du fichier des naissances de 2003 tel que requis par le MSSS. L'utilisation de ce dénominateur cause un biais important dans l'évaluation de la proportion rejointe, puisque le nombre de naissances observé était différent en 2006-2007, et la proportion des femmes admissibles au programme n'était nécessairement pas la même en 2006-2007 qu'en 2003. On peut tout de même conclure que la région rejoint effectivement bien cette population ciblée en fonction des résultats attendus à cause des moyens mis en place (incluant le financement régional attaché à ce programme dans le passé). Toutefois, à cause du dénominateur choisi, il devient difficile d'établir une proportion juste.			

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Afin de favoriser la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, la région s'est activement impliquée dans le déploiement de l'**approche « École en santé »**. Cette approche vise à assurer la cohésion, la complémentarité et la continuité des interventions de promotion de la santé et de prévention réalisées auprès des jeunes à partir de l'école.

Actuellement, 55 écoles de la région ont, sur une base volontaire, choisi de débuter l'implantation « École en santé ». Elles bénéficient du support d'agents d'implantation qui agissent en tandem avec la direction d'école afin de faciliter l'intégration de l'approche dans le projet éducatif et le plan de réussite. Une somme de plus de 188 496 $ a été versée pour ce faire.

Concrètement, plusieurs écoles ont choisi de relever le défi, soit de :

- Revoir l'offre alimentaire (cafétéria, machines distributrices);
- Travailler conjointement avec une nutritionniste du réseau de la santé et des services sociaux;
- Sensibiliser la communauté, dont certains restaurateurs, à s'engager avec l'école dans un virage santé.

Également, les initiatives en **santé dentaire publique** se sont poursuivies en ce qui concerne les applications d'agents de scellement dentaire pour les enfants de 5 à 15 ans présentant des risques élevés de carie dentaire, ainsi que le déploiement du projet pilote d'application du vernis fluoruré pour les enfants de 2 à 4 ans provenant de milieux vulnérables.

CONCERTATION MULTISECTORIELLE AU PROFIT DES JEUNES

Dans le secteur jeunesse 0-30 ans, une concertation locale et régionale est animée autour d'une **initiative régionale COSMOSS : Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé.** COSMOSS est un lieu de concertation visant à arrimer le plus largement possible les efforts afin de répondre aux besoins des familles et des jeunes adultes (0-30 ans) dans le but de leur offrir un accompagnement complet et intensif. Ainsi, dans l'action, nous pouvons parler de l'approche COSMOSS comme une démarche concrète de prise en charge du milieu depuis l'analyse de la situation à la mise en œuvre de solutions adaptées aux exigences variées et complexes que vivent ces personnes en difficulté.

Ce réseautage a permis, entre autres, de mieux faire circuler l'information sur les mesures et programmes disponibles pour ainsi mutualiser les apports et intensifier les actions menées auprès des milieux les plus vulnérables.

Un processus d'évaluation de l'implantation de la démarche COSMOSS a permis de dégager l'importance de l'un des défis qui sera d'assurer de façon encore plus manifeste l'arrimage de ce partenariat intersectoriel avec le déploiement des réseaux locaux. Pour ce faire, les partenaires, avec l'aide du Secrétariat à la jeunesse, se sont dotés d'un coordonnateur régional.

SERVICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS

Des mesures sont également prévues ou en cours de déploiement visant les **activités cliniques et d'aide** de même que l'**accès aux services spécialisés en protection de la jeunesse et en réadaptation.**

Au niveau des services des CSSS, on remarque que le nombre de jeunes et de familles rejoints demeure sensiblement le même alors que l'intensité des services a légèrement diminué.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 905	3 810	**3 653**
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,7	7	**6,54**

Commentaires

Le nombre de personnes rejointes se situe significativement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui représente 2 505 usagers pour notre région. L'intensité est bonne si on considère le seuil et la cible ministérielle qui sont de 6 et 7 interventions par usager respectivement.

Cependant, avec la création du nouveau centre d'activité #5910 (Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille) en 2006-2007, certains CSSS qui comptabilisaient les services d'ergothérapie jeunesse au centre d'activité #7179 ont vu le nombre d'interventions diminuer puisque ces activités ne font pas partie de la définition du nouveau centre d'activité et ont, par conséquent, été imputés ailleurs. L'impact sur le nombre d'interventions par usager explique 0,13 sur l'écart total de 0,16 qui sépare les résultats réels de 2005-2006 et 2006-2007.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

De plus, un dossier qui a été travaillé par l'équipe de planning du CSSS de Rimouski-Neigette depuis plusieurs années a vu sa concrétisation. La mise en place d'un protocole d'**ordonnance collective concernant la contraception hormonale** sera déployée au cours des prochains mois, soutenu par un plan de formation.

Aussi, depuis l'automne 2006, la région du Bas-Saint-Laurent s'est dotée de deux **cliniques pédiatriques en protection de l'enfance.** Ces cliniques ont pour fonction d'offrir des expertises médico-légales pour les situations présumées d'abus physiques et de négligence chez les enfants de 0-18 ans et d'abus sexuels chez les enfants de 0-12 ans. Le tout s'exerce dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* qui définit les rôles et les responsabilités des partenaires, les modalités de communication permises par la loi et les modalités appropriées d'orientation, et ce, afin de favoriser la transmission d'information entre les partenaires et de réduire les délais d'intervention.

La région s'est dotée de deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance :
UNE INNOVATION POUR MIEUX INTERVENIR DANS LES CAS DE MALTRAITANCE

De plus, les cliniques offrent des consultations pour des situations possibles de maltraitance référées par des médecins ou d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Des corridors de services sont prévus afin que les enfants en provenance de tous les territoires de la région aient accès aux services de ces cliniques. Une formation a d'ailleurs été dispensée aux médecins et aux intervenants sur l'identification des enfants maltraités.

Également, trois mesures ont été déployées dans la région en lien avec la **Stratégie ministérielle d'action jeunesse :**

- Consolidation de l'équipe multidisciplinaire en santé mentale au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (116 234 $ sur une base annuelle);
- Élaboration d'un plan d'implantation de réseaux de « Sentinelles » en prévention du suicide (6 200 $);
- Consolidation du réseau de maisons de jeunes (95 760 $).

La situation du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent a par ailleurs fait l'objet des préoccupations régionales, notamment par le biais de l'entente de gestion. Les résultats observés démontrent que le délai moyen d'attente diminue de façon progressive depuis les 4 dernières années, passant de 27,34 jours en 2003-2004, à 24,46 jours en 2004-2005, à 21,12 jours en 2005-2006 pour atteindre 20,89 jours cette année. Il faut noter que la mise en place d'une équipe volante a permis de supporter l'offre de service en évaluation dans les huit MRC. En ce qui concerne l'application des mesures, malgré des investissements de l'Agence et du Centre jeunesse au cours des dernières années, on note une augmentation de la charge de cas passant de 19,3 en 2003-2004 à 25 en 2006-2007. Le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent fait actuellement des représentations auprès de l'Agence afin de diminuer le nombre de dossiers par intervenant, soit de 25 à 16 dossiers, pour atteindre le ratio prévu par l'Association des centres jeunesse. Dans ces deux domaines, l'Agence a versé une somme non récurrente de 100 000 $ à l'application des mesures et 70 000 $ récurrents pour les services d'évaluation.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	21,1	18	**20,89**
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	18,9	18,85	**17,54**
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	n/d	14	**2,02**
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	6,5	6,5	**6,27**

Commentaires

Les problèmes importants d'absentéisme vécus par l'établissement et les difficultés de recrutement ont maintenu le délai moyen d'attente à l'évaluation par la Protection de la jeunesse au-dessus de la cible convenue. Par contre, le délai moyen d'attente à l'application des mesures, le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge de même que le taux de nouveaux placements se situent très favorablement par rapport aux cibles 2010 qui sont respectivement de 30, 14 et 7.

Depuis les quatre dernières années, le délai moyen d'attente à la Protection de la jeunesse s'est tout de même continuellement amélioré comme en fait foi le tableau suivant :

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Délai moyen d'attente à l'évaluation	26,93	24,46	21,12	**20,89**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Visites d'appréciation de la qualité au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

En juin 2005, le Centre jeunesse du Bas Saint-Laurent a reçu une visite ministérielle d'appréciation. Cette année, un suivi spécifique a été fait pour les services de réadaptation et pour les services de protection. Deux suivis sont aussi prévus durant la prochaine année afin de suivre l'évolution de la situation.

Perspectives pour le projet clinique : Jeunes

Cette année a servi aussi à privilégier les orientations en regard des besoins identifiés par les CSSS et celles découlant des orientations ministérielles. Six champs d'activités ou problématiques prioritaires ont été retenus :

- La consolidation d'activités de promotion et de prévention qui se sont avérées concluantes (services intégrés en périnatalité et petite enfance, allaitement et « École en santé »);
- La création ou la consolidation de liens étroits entre les services de première et de deuxième ligne;
- L'établissement d'ententes et de corridors de services;
- L'optimisation des pratiques cliniques de l'ensemble des services et des programmes de première ligne;
- L'intervention précoce sur des problématiques spécifiques, notamment les situations de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, et négligence;
- La systématisation d'outils tels les PI et les PSI.

Par ailleurs, le suivi de l'implantation de nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse au cours de la prochaine année sera un aspect important.

3.7 PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

3.7.1 SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, on retrouve 11 entreprises ambulancières, 17 points de service et 184 techniciens ambulanciers/paramédics. Le volume de transports se situait à 17 108 (16 270 en 2005-2006) et 73 % de ce nombre était relié aux transports primaires (prise en charge autre qu'un établissement du réseau). Le contrat liant l'Agence et les entreprises de la région a été renouvelé jusqu'au 30 juin 2009.

La région est desservie par un **Centre de communication santé - CAUREQ** qui dessert aussi les régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord. L'Agence du Bas-Saint-Laurent est l'agence mandataire pour les trois régions. C'est le même organisme qui dessert la majorité des municipalités de nos régions pour le service 911. En 2006-2007, plusieurs nouvelles entreprises y ont été intégrées, deux sont en provenance de notre région, soit Saint-Pascal et Kamouraska, et six de la Côte-Nord. Les travaux se poursuivent toujours pour relocaliser ce centre compte tenu de l'augmentation du volume d'activités et de la possible intégration avec le réseau de la sécurité civile.

La région dispose de 4 services de **premiers répondants** (39 personnes), incluant l'équipage de la Traverse de Rivière-du-Loup, et une recertification en RCR et en défibrillation externe automatisée leur a été dispensée.

Toujours **au plan de la formation,** un programme d'attestation d'études collégiales en techniques ambulancières est maintenant dispensé au Cégep de Rivière-du-Loup depuis septembre 2006 et déjà vingt étudiants composent la première cohorte. De plus, la formation PICTA portant sur de nouveaux protocoles d'intervention clinique a été dispensée à l'ensemble des techniciens ambulanciers/paramédics.

Également, une entente a été conclue avec le Service de police de la Ville de Rivière-du-Loup afin de doter les véhicules de patrouille de moniteurs défibrillateurs externes automatisés. Le tout prendra effet en juin 2007 avec le déploiement des moniteurs et la formation qui y est associée.

Dans la région, un **programme d'assurance-qualité** a été instauré l'an dernier et se poursuit. Les résultats sont concluants et les indicateurs de performance de la qualité des interventions s'améliorent. La participation des techniciens ambulanciers/paramédics est fort significative et la révision des interventions en temps réel a contribué à l'amélioration des services sur l'ensemble du territoire.

Un nouveau plan d'assurance-qualité provincial a été développé et adopté par la Table des directeurs médicaux afin d'uniformiser les pratiques. Sa mise en place au Bas-Saint-Laurent a débuté en cours d'année et se poursuivra dans la prochaine avec la mise à jour de notre programme informatique actuel de révision des interventions.

3.7.2 SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

ORGANISATION GÉNÉRALE DES SERVICES

Les personnes visées par les projets cliniques ciblés dans la région du Bas-Saint-Laurent de même que les personnes qui nécessitent des services médicaux et hospitaliers ont accès à une offre de service qui respecte l'organisation territoriale décrite ci-après. De fait, six CSSS du Bas-Saint-Laurent sont dotés d'un centre hospitalier et quatre de ces centres sont catégorisés de premier niveau en ce sens qu'ils ont pour mission de rendre des services dispensés généralement par des spécialités de base (anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie). De plus, trois CH de premier niveau ont des médecins spécialistes dans toutes les disciplines de base, même si leur plan d'effectifs médicaux n'est pas complet, et un CH, soit Amqui, compte un anesthésiologiste et un chirurgien général.

Tous les CH sont des établissements de proximité en ce sens qu'ils desservent prioritairement et majoritairement les clientèles de leur MRC respective, de là, la logique de leur intégration dans un CSSS, même pour les deux CH de référence.

Également, deux de ces six CSSS comprennent dans leurs effectifs la majorité des spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire, et sont des établissements de référence pour les CH de premier niveau, l'un à l'ouest du territoire (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) et l'autre à l'est (Hôpital régional de Rimouski). De plus, ce dernier établissement dispense des services surspécialisés en radio-oncologie, en néonatalogie (moins de 27 semaines de gestation) et en néphrologie et est aussi un hôpital de référence pour une partie des régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Certains médecins de quelques disciplines, dont l'hématologie, la cardiologie, l'urologie et la microbiologie, assurent aussi la desserte de CH dans ces deux régions.

Le réseau hospitalier régional est lié au Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-Laval) et des corridors de services sont établis dans quelques spécialités quoique non formalisés par un contrat de service, sauf en traumatologie. C'est en chirurgie cardiaque, en hémodynamie et en neurochirurgie, disciplines inexistantes sur notre territoire, que les corridors de services sont les plus utilisés. Par ailleurs, un contrat de service en radiologie entre le Centre hospitalier affilié de l'Enfant-Jésus et l'Hôpital régional de Rimouski permet de pallier à une insuffisance de ressources en radiologie en attendant les résultats de recrutement par ailleurs prometteurs. Il ne s'agit pas toutefois d'un corridor de services, mais d'une desserte locale à partir d'un établissement associé au RUIS-Laval.

En termes d'organisation du réseau hospitalier et des services spécialisés, avec la collaboration de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et du Département régional de médecine générale, les étapes à venir sont les suivantes :

- Définir des ententes et des corridors de services entre les établissements au moyen d'engagements formels de chacun des partenaires;
- Définir des ententes et corridors de services avec le RUIS-Laval;
- Assurer des liens entre les première, deuxième et troisième lignes.

Plan régional d'organisation des services médicaux généraux de première ligne

Conformément à l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) doit définir et proposer un *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux de première ligne* (PROSMG). Ce document doit orienter l'exercice des mandats qui relèvent des CSSS en matière de planification et de coordination des services médicaux en définissant les orientations régionales et les résultats quant aux objectifs à atteindre. Plus spécifiquement, le PROSMG doit contribuer à réduire les écarts observés entre les services médicaux généraux actuels et l'offre de service attendue. Ultimement, le PROSMG permet de définir les règles d'attribution de gestion du *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) et de réviser les activités médicales particulières (AMP) en fonction des objectifs énoncés dans la loi en lien avec les projets cliniques des CSSS, notamment pour les services aux clientèles vulnérables.

Les quatre objectifs poursuivis par le PROSMG du Bas-Saint-Laurent sont :

- Accessibilité à un médecin de famille en heures défavorables;
- Accessibilité aux plateaux techniques en heures défavorables;
- Prise en charge de la clientèle vulnérable (prioritaire);
- Amélioration de l'efficacité des services médicaux de première ligne.

Pour ce qui est d'établir les constats initiaux, les travaux sont complétés dans la plupart des territoires. Certaines activités visant l'amélioration générale continue sont déjà enclenchées et s'échelonneront sur la période de 2007-2010.

Le PROSMG de notre région sera adopté par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2007.

Activités médicales particulières

En septembre 2003, le Conseil des délégués de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec adoptait la résolution de parapher l'entente relative aux activités médicales particulières, dont les quatre secteurs prioritaires sont l'urgence, les soins aux patients admis en courte durée, les soins en CHSLD ou en soutien à domicile, et l'obstétrique en établissement.

En regard de cette entente, le Département régional de médecine générale a répertorié les AMP disponibles dans les établissements de la région pour l'année 2006-2007 et a fourni aux médecins l'information quant aux AMP qu'ils doivent effectuer selon leur profil de pratique. La Direction des affaires médicales et des services hospitaliers continue de supporter le DRMG et les médecins de son territoire dans le suivi de l'adhésion et des renouvellements à l'entente relative aux activités médicales particulières.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

Le *Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2007*, adopté le 1er mars par le conseil d'administration de l'Agence, prévoit 220 postes de spécialistes, soit 4 de plus qu'en 2006. Les nouveaux postes se retrouvent à l'Hôpital régional de Rimouski dans les disciplines de la pédopsychiatrie, de la biochimie et de la radiologie diagnostique, de même qu'à l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac en chirurgie générale. Actuellement, 177 médecins sont installés dans le Bas-Saint-Laurent, ce qui représente un ajout net de 7 spécialistes par rapport à l'année précédente résultant de 14 arrivées et 7 départs.

Mesures de soutien

Six bourses de formation spécialisée, douze primes d'installation et quatre-vingt-six primes de maintien ont été accordées dans le cadre du programme des mesures incitatives non négociées en régions éloignées en 2006-2007. Trente-sept étudiants en médecine ont réalisé un stage d'été tandis que trente-neuf autres ont poursuivi un stage d'immersion clinique dans l'un des huit centres de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Mise en place des groupes de médecine de famille

La mise en place des groupes de médecine de famille (GMF) dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation de deux nouveaux GMF le 18 septembre 2006 : le GMF de Témiscouata et le GMF de La Mitis. Sur recommandation du DRMG, deux renouvellements d'accréditation ont eu lieu en cours d'année, soit ceux du GMF Lafontaine et du GMF de La Matapédia. Un point de service a également été ajouté au GMF du Grand-Portage, soit celui de St-Cyprien. Un point de service a aussi été ajouté au GMF de La Matapédia à Amqui.

On dénombre maintenant six GMF dans le Bas-Saint-Laurent. Au 31 mars 2007, plus de 45 000 personnes se sont inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF. Deux autres groupes de médecins ont manifesté leur intention de former un GMF dans le Bas-Saint-Laurent, soit l'un à Rimouski et l'autre à Matane. Des travaux sont également en voie de concrétisation pour le déploiement d'une plateforme informatique pour tous les GMF de la région.

Développement et consolidation des unités de médecine familiale

L'Unité de médecine familiale Basques-KRTB a reçu son accréditation pour douze résidents au printemps 2006 et les travaux d'aménagement requis pour favoriser l'enseignement ont été entrepris en cours d'année. Les trois premiers résidents ont été accueillis en juillet 2006. L'UMF prévoit pouvoir former huit résidents en 2007 et douze résidents en 2008. Cette unité de médecine familiale (UMF) est de type multisite, déconcentrant les activités en partenariat avec les CSSS de Rivière-du-Loup, Kamouraska et Témiscouata, tout en conservant le leadership des activités pédagogiques au CSSS des Basques, qui en est aussi le fiduciaire au plan administratif. Le budget de fonctionnement de ce service connaîtra une augmentation progressive pour atteindre 795 034 $ en 2008-2009.

Dans le même contexte, l'UMF de Rimouski a reçu un rehaussement de 271 000 $ de son budget fonctionnel et a entrepris des travaux d'aménagement des locaux afin de valoriser l'enseignement qui y est offert (investissement non récurrent de 215 000 $). L'UMF de Rimouski a vu sa cohorte de résidents augmenter à 16 depuis juillet 2007, comparativement à 12 les années précédentes. Cette unité qui compte sur 5 médecins enseignants ETP vient de fêter ses 20 ans d'histoire.

Il est intéressant de noter que depuis 1992, on compte 66 finissants à l'UMF de Rimouski, dont plus de la moitié a choisi le Bas-Saint-Laurent comme milieu de pratique (58 %). En tout, c'est 75 % des finissants qui s'installent en région pour pratiquer.

SERVICES D'URGENCE

De manière globale, l'année 2006-2007 enregistre un ralentissement dans la progression de l'amélioration que notre région connaît au niveau de ses urgences depuis les trois dernières années. Au cours de cette période, l'ensemble des indicateurs relatifs aux durées moyennes de séjour et au nombre de personnes ayant séjourné plus de 48 heures à l'urgence n'a cessé de s'améliorer et rejoint dans plusieurs cas les cibles ministérielles recommandées. Toutefois, cet élan a connu un ralentissement au cours de la présente année, et ceci, plus particulièrement lors du second semestre.

Des périodes successives de grippe, de gastroentérite, de virus respiratoire syncytial et quelques cas de C. difficile ont exercé de fortes pressions sur la gestion hospitalière créant ainsi des engorgements tant au niveau des lits de soins qu'à celui de l'urgence. Également, soulignons la problématique particulière de l'Hôpital régional de Rimouski dont le taux d'occupation de lits de courte durée par des personnes en attente d'hébergement ou d'évaluation de perte d'autonomie s'accroit régulièrement. Cette situation est à la base de la détérioration des résultats enregistrés à l'urgence de l'Hôpital régional de Rimouski et influence d'autant les résultats régionaux. L'effet de cette situation particulière se fait davantage sentir au niveau des durées moyennes de séjour. Cependant, la durée moyenne globale de séjour se situe toujours en deçà de la norme ministérielle fixée en cette matière, soit 10,4 heures sur une cible de 12 heures.

Au niveau de l'implantation du logiciel d'informatisation des urgences (SIGDU), les travaux ont débuté en septembre 2006. Le logiciel a été déployé dans quatre services d'urgence et les autres services seront implantés et mis en opération d'ici novembre 2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

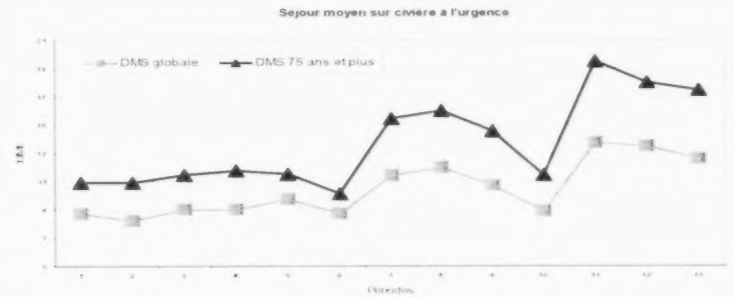
Axe :	Services d'urgence – santé physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : ■ Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; ■ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

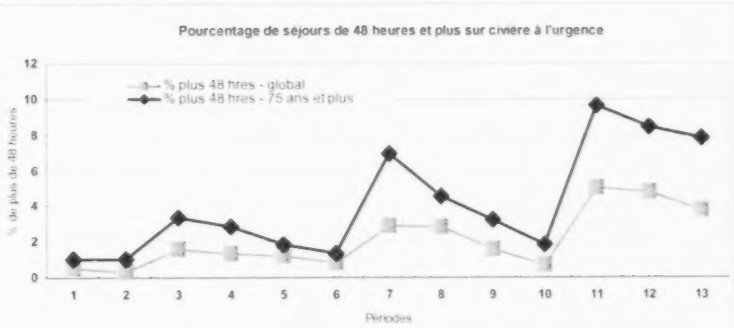
Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	10,1	12	10,4
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13,4	12,5	13,8
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,3 %	1 %	2 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,6 %	3 %	4,2 %

Commentaires

La durée moyenne globale de séjour à l'urgence se situe encore cette année très favorablement par rapport à la cible. La région connaît plus de difficultés en ce qui concerne le séjour moyen des 75 ans et plus, mais il a tout de même été possible de maintenir le niveau de performance relativement bon, malgré les épisodes importants de gastroentérite et de virus respiratoire syncytial de l'hiver.

Au niveau de la proportion des plus de 48 heures, même si la cible n'a pu être atteinte, on constate une amélioration sensible du résultat, et ceci, pour une deuxième année consécutive.





* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

TRAUMATOLOGIE

Dans le secteur de la traumatologie, trois aspects doivent retenir notre attention. Premièrement, suite aux visites d'évaluation à l'automne 2005 du Groupe conseil ministériel en traumatologie, volet santé physique, la désignation de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac comme centre primaire et de l'Hôpital régional de Rimouski comme centre secondaire a été maintenue. Deuxièmement, le *Plan directeur régional en traumatologie* a vu le jour en 2006. Ce plan dresse un portrait de la situation de chacun des maillons impliqués dans le continuum de services en traumatologie dans le Bas-Saint-Laurent et identifie les travaux à mener dans les trois prochaines années pour améliorer ces services et assurer l'intégration des actions posées tout au long de son continuum. Enfin, il faut souligner les travaux menés au cours de la dernière année qui ont permis de fixer les paramètres d'organisation de service pour une clientèle particulière, soit celle touchée par un traumatisme craniocérébral léger. Ces paramètres visent tant le repérage de la personne susceptible d'être victime de ce type de traumatisme et la détermination de son diagnostic que l'orientation du patient vers les services appropriés.

ACTIVITÉS CHIRURGICALES

L'évolution de la production chirurgicale au cours des dernières années dans le Bas-Saint-Laurent démontre une légère augmentation du nombre total de cas réalisés. Une hausse de 3 % est enregistrée entre les années 2003-2004 et 2006-2007. Toutefois, ce résultat doit être interprété à la lumière de deux éléments particuliers.

Premièrement, le transfert de certains types de procédures opératoires de la chirurgie hospitalisée vers la chirurgie d'un jour se poursuit. En fait, près de 500 chirurgies d'un jour additionnelles ont été réalisées annuellement dans notre région lors de cette période. Comparativement, le secteur de la chirurgie hospitalisée a, quant à lui, enregistré une baisse d'une quarantaine de cas annuellement.

Deuxièmement, notre région connaît, depuis un bon nombre d'années déjà, des périodes de rupture de services dans certains domaines médicaux spécialisés, notamment en anesthésiologie et en chirurgie. Ce phénomène touche particulièrement les hôpitaux de l'est de notre territoire. Ces ruptures provoquent une baisse de production dans ces centres et la clientèle concernée se déplace vers nos hôpitaux de référence. Ces derniers doivent donc traiter un certain nombre de patients provenant de l'extérieur de leur bassin de desserte usuel, ce qui n'est pas sans effet sur les listes d'attente chirurgicales et l'allongement de celles-ci. Heureusement, l'ajout d'un cinquième programme opératoire au CSSS de Rimouski-Neigette a permis à cet établissement d'accroître sa production de plus de 12 %. Cependant, étant donné la baisse de la production dans d'autres centres hospitaliers, l'impact escompté régionalement est moindre que prévu. Somme toute, malgré les difficultés rencontrées, la production chirurgicale en 2006-2007 s'est maintenue au niveau des années précédentes.

Pour ce qui est des listes d'attente en chirurgie, la situation s'améliore progressivement et le tableau suivant en témoigne.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007				
Axe :	**Chirurgie**			
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.			
Indicateurs		***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	142	156	**162**
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	182	222	**239**
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1519	1661	**1662**
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	6 340	6 459	**6 264**
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5 392	5 703	**5 211**
1.9.16	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	13	0	**7**
1.9.17	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	38	0	**28**
1.9.18	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	81	0	**111**

Commentaires

En ce qui concerne les chirurgies orthopédiques ainsi que les cataractes, les cibles de production régionales 2006-2007 ont toutes été atteintes. La situation est semblable au niveau des chirurgies d'un jour (excluant les cataractes). Par contre, la cible en chirurgies hospitalisées autres n'a pas été atteinte, le cinquième programme opératoire à l'Hôpital régional de Rimouski ayant débuté ses activités seulement en septembre 2006 alors que la cible considérait une production annualisée.

Également, la disponibilité restreinte de lits de chirurgie a eu un impact significatif sur la production de cet établissement. Un taux élevé d'occupation de lits de santé physique par la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie en attente d'hébergement explique, en grande partie, l'origine des difficultés rencontrées.

On constate cependant une diminution des cas hors délai en attente pour l'ensemble de ces chirurgies, à l'exception des cataractes.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Télésanté

Les développements anticipés dans le domaine de la télésanté se sont concrétisés que partiellement durant la dernière année. Les travaux conjoints effectués avec le RUIS-Laval et visant le développement de différents projets touchant tant la téléradiologie, la téléphatologie que le soutien aux pratiques professionnelles (téléconsultation et téléenseignement) ont été achevés. Toutefois, les projets retenus n'ont pu être déployés en cours d'année en raison de délais d'autorisation nécessaires pour leur financement. Le Ministère fera connaître sa position dans les prochains mois et, selon les orientations présentées, les travaux de déploiement des projets retenus débuteront.

Malgré ce retard dans le développement de la télésanté en général, un projet particulier de télésanté s'est poursuivi pour une deuxième année dans notre région. Il s'agit du projet de démonstration de la téléréadaptation pour les clientèles blessées médullaires et traumatisées craniocérébrales. Ce projet consiste à améliorer l'accès, l'efficacité et la qualité des services spécialisés offerts à ces personnes en lien avec l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et le Centre de réadaptation en déficience physique de notre région, soit L'InterAction. Ce projet se terminera à l'hiver 2008 et fera l'objet d'une évaluation par le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale.

3.7.3 SERVICES PHARMACEUTIQUES ET LABORATOIRES

PROJET DES SYSTÈMES AUTOMATISÉS ET ROBOTISÉS POUR LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

En 2005, le projet des systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec a été instauré à la suite du dépôt du *Rapport du groupe de travail sur la robotisation et l'automatisation de la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec*. Ce groupe de travail avait été constitué dans le contexte des pénuries de main-d'œuvre actuelles, tant en pharmacie qu'en soins infirmiers. Une des préoccupations majeures de ce groupe de travail était l'utilisation de la technologie pour rendre plus efficace et sécuritaire l'ensemble du processus de distribution des médicaments.

Pour assurer la mise en œuvre des recommandations du rapport, le MSSS a demandé à chaque agence d'élaborer un plan régional établissant les priorités quant à l'acquisition des technologies en support au circuit du médicament. La première étape du projet prévoyait que chaque établissement mette sur pied un comité de travail pour effectuer la révision du circuit du médicament à l'aide d'une grille d'analyse standardisée évaluant la conformité aux étapes constituant neuf types d'activités reliées à la distribution des médicaments. Ces comités de travail devaient ensuite élaborer un plan d'action local en tenant compte de l'évaluation de l'organisation du travail entourant le circuit du médicament, identifier les changements nécessaires, incluant les besoins en équipements et immobilisations, et transmettre le rapport à l'Agence. Les établissements de la région ont remis leur évaluation au cours de l'année 2006 à l'exception du CSSS des Basques qui n'a pas de département de pharmacie à l'intérieur de ses installations.

Le comité formé à l'interne a procédé aux évaluations des plans d'action locaux demandés et des priorités régionales ont été identifiées. Une planification régionale sur cinq ans a ensuite été réalisée et finalement, les impacts sur les taux de conformité du circuit du médicament, sur l'organisation du travail ainsi que sur la pénurie de main-d'œuvre ont été évalués. En résumé, l'exercice a permis d'établir la planification nécessaire, visant à identifier les améliorations requises à l'organisation du travail entourant le circuit du médicament et à identifier les investissements technologiques et matériels requis contribuant à l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des services de pharmacie, dans le contexte actuel de précarité de main-d'œuvre. Cette année en sera donc une de mise en œuvre.

LABORATOIRES

Hiérarchisation des analyses

La région du Bas-Saint-Laurent a adopté en 2006 un *Plan régional d'organisation des services de biologie médicale*. Ce plan définit précisément le profil de chacun des laboratoires de la région, qu'il soit communautaire, local ou régional. Le plan d'organisation des services, inspiré d'une proposition émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, est fondé sur une approche populationnelle et géographique. Le principal objectif de ce plan vise l'identification des corridors de services qui permettent le transfert de spécimens interlaboratoire. D'ailleurs, ce plan a permis de découper

l'organisation des services de biologie médicale au Bas-Saint-Laurent en deux sous-régions : l'est et l'ouest. Toutefois, pour des besoins d'analyses plus spécialisées, des transferts entre ces deux sous-régions existent également. Cette organisation territoriale, amenée par la vaste étendue du territoire, permet évidemment de minimiser les coûts reliés aux transports de spécimens et de maximiser les services déjà offerts à la population.

Agrément des laboratoires

Le projet d'agrément spécifique et obligatoire des laboratoires de biologie médicale se veut une reconnaissance officielle du respect des normes de qualité propres aux laboratoires. Les objectifs principaux sont d'assurer la qualité et la sécurité des services prodigués aux patients, de permettre l'amélioration continue des services et d'harmoniser les pratiques des laboratoires. Dans le cadre de ce projet, une orientation toute particulière à la région du Bas-Saint-Laurent a été prise. En effet, afin d'assurer le bon déroulement du projet et l'achèvement de celui-ci dans les délais prescrits, soit décembre 2008, l'Agence a convenu d'embaucher une chargée de projet régionale. Ainsi, au cours de la dernière année, cette personne a veillé à la planification, à la coordination et à la mise en œuvre du projet, et ce, en optimisant les ressources disponibles pour l'ensemble de la région. Une telle méthode de travail a permis de consolider la collaboration entre les différents responsables du projet dans les établissements et elle a permis de susciter le partage des travaux entre les centres de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. L'ampleur des travaux explique le non-achèvement du projet au cours de la dernière année. Toutefois, la structure organisationnelle mise en place permet certainement le déroulement de ceux-ci sur des bases très solides afin que le projet soit terminé dans les délais attendus.

3.8 PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007

Les principales actions de la santé publique de l'Agence sont en lien direct avec le Programme national de santé publique. À partir de ce plan ministériel, l'Agence s'est dotée d'un *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. Ce plan propose plusieurs défis concernant, entre autres, les services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents, les services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques et les activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents et des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile **(tous ces domaines sont traités dans les rubriques des projets cliniques respectifs au début de ce chapitre)**.

Ce plan d'action régional traite également des différents domaines d'intervention et de protection en lien avec les maladies infectieuses, des domaines d'intervention qui concernent la santé environnementale ainsi que des activités de surveillance de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, nous vous en dressons donc un bref bilan.

CAMPAGNE DE VACCINATION

Plusieurs activités ont été mises en place par les équipes des CSSS de la région pour rejoindre davantage la clientèle à risque : vaccination des personnes âgées dans les résidences, vaccination dans les établissements de santé pour les travailleurs, ouverture d'une plage horaire plus grande dans les CLSC, etc. Ceci a permis que la campagne de vaccination influenza 2006-2007 atteigne un taux de vaccination de l'ordre de 68,8 % pour la clientèle vivant en CHSLD publics et de 73,9 % pour la clientèle vivant en CHSLD privés conventionnés. De plus, pour la région, la couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé est de 45,8 %.

De plus, une activité de vaccination de masse a eu lieu au CSSS de La Matapédia. Celle-ci s'est déroulée sur une période de 4 heures ayant comme objectif de vacciner 250 personnes à l'heure, soit 1 000 personnes. La participation de la population et le bon déroulement de cette activité ont contribué à atteindre le nombre de 820 personnes vaccinées. Cette simulation a permis de mesurer au plan régional l'application concrète d'une partie du *Plan de lutte contre une éventuelle pandémie d'influenza*.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Pour notre région, la maladie à déclaration obligatoire la plus déclarée, soit la chlamydiose, semble avoir atteint un plateau alors qu'elle était en hausse constante depuis 2001. Les différentes actions faites par l'ensemble des intervenants impliqués en matière de sensibilisation et de prévention n'y sont sûrement pas étrangères.

En ce qui concerne les clientèles à risque auprès desquelles nous sommes tenus de faire des interventions et la sécurité liée à la traçabilité des produits sanguins, les tableaux suivants permettent d'illustrer notre situation.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	0	0	**16**
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccination réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	0	0	**0**
Commentaires			
Concernant les activités de dépistage et de vaccination des clientèles vulnérables, la presque totalité des actes en ce domaine est faite au sein des SIDEP, de sorte que les volumes attendus hors les murs sont pratiquement nuls. La réalité régionale est très différente de celle des grands centres puisque l'on ne retrouve pas de lieux spécifiques où rejoindre les clientèles dites vulnérables (ex. : jeunes de la rue, utilisateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). Ces clientèles sont habituellement référées vers les SIDEP par les organismes communautaires.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Système du sang**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	99,9 %	100 %	**100 %**
Commentaires			
Le résultat démontre que tous les produits distribués par Héma-Québec aux centres hospitaliers désignés et associés du système du sang peuvent être retracés.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont un processus continu dont la responsabilité incombe aux établissements de santé. Cette fonction s'est considérablement structurée depuis les trois dernières années avec le support de l'Agence. La création d'une Table régionale en prévention des infections, l'embauche d'infirmières dédiées à la prévention des infections dans les CSSS, la production de protocoles ou lignes directrices provinciales d'intervention et la consolidation des comités locaux en prévention des infections ont contribué significativement à l'amélioration du contrôle et de la prévention des infections.

La situation régionale en prévention des infections se compare avantageusement à ce qui se fait au Québec. Par exemple, le taux d'incidence régional moyen des diarrhées associées au *Clostridium difficile* est de 8 cas par 10 000 personnes par jour (10 au Québec) depuis les 18 dernières périodes administratives. Néanmoins, des établissements ont été impliqués dans la gestion d'éclosion d'influenza et de gastroentérites.

Visites d'appréciation des mesures de prévention des infections

Des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention des infections ont été réalisées en décembre 2006 et janvier 2007 par une équipe de l'Agence dans les six centres hospitaliers du territoire. Ce rapport régional transmis au Ministère a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 25 avril 2007. Des rapports ont aussi été remis à chaque centre visité afin qu'ils puissent s'approprier le tout et faire les suivis en conséquence. Ces visites ont permis de faire des constats et des recommandations sur des éléments organisationnels, des ressources immobilières, des pratiques entourant la gestion des cas de *Clostridium difficile* ainsi que l'hygiène et la salubrité.

Des améliorations significatives ont été observées en prévention des infections depuis les deux dernières années. L'ajout d'infirmières dédiées à la prévention des infections et le travail d'équipes collaborant à l'application de protocoles ou de lignes directrices nationales ont produit des changements significatifs. Toutefois, il existe des besoins généraux pour améliorer la formation du personnel, accroître les capacités d'isolement des patients, renforcer les équipes de prévention des infections et sensibiliser les visiteurs. La prévention des infections nosocomiales interpelle les services de santé mais aussi la population qui doit respecter les consignes et les mesures de prévention des infections dans les établissements.

Programme de surveillance du *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline*

L'Agence a coordonné les travaux d'un sous-comité de la Table régionale en prévention des infections pour développer un programme de surveillance du *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline* (SARM) dans les CSSS de la région. Un questionnaire de surveillance des nouveaux cas de SARM et un guide d'utilisateur intitulé *Surveillance des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Bas-Saint-Laurent* ont été développés. L'Agence a informatisé le programme régional de surveillance qui est en force depuis janvier 2007. La production de bilans statistiques et d'états de situation informatisés est prévue sur une base trimestrielle afin de guider les activités de prévention et de contrôle.

Formation de formateurs en prévention des infections

L'Agence a organisé une formation de formateurs à l'intention des CSSS pour supporter les efforts de prévention et de contrôle des infections, dont la lutte contre la pandémie d'influenza, et un dernier volet reste à dispenser cette année. Celle-ci permet entre autres aux responsables en prévention des infections d'avoir du support (personnes pivots) pour former ou informer le personnel, et ce, localement.

Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza et intégration en sécurité civile

Plan de lutte à une pandémie

L'Agence a assumé le leadership du processus qui a conduit les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent à se doter d'un plan de lutte à une pandémie d'influenza. En concertation avec les travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux et les partenaires de la sécurité civile, l'Agence a établi une stratégie qui regroupe les volets santé physique, santé publique, maintien des activités (ressources humaines, financières, matérielles, informationnelles), psychosocial et communications. En plus de leur accorder un support financier de 600 000 $ pour la démarche de rédaction de leur plan de lutte à une pandémie, l'Agence a offert un accompagnement soutenu aux établissements (coordonnateur régional et support des professionnels) afin que la mission santé soit prête à remplir son rôle adéquatement dans l'éventualité d'une pandémie d'influenza.

En janvier 2007, l'ensemble des travaux réalisés a mené à l'adoption par le conseil d'administration de l'Agence du *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé*. Plus d'une vingtaine de professionnels et de gestionnaires de l'Agence sont impliqués activement dans ce dossier. De plus, afin d'améliorer le niveau de préparation, l'Agence a entamé une démarche de formation des gestionnaires et des intervenants psychosociaux de tous les établissements du Bas-Saint-Laurent.

Également, des travaux se sont effectués pour assurer la mise en place des composantes du système de surveillance de l'influenza.

Sécurité civile

Au niveau structurel, le processus d'intégration et de mise à niveau des plans de lutte à une pandémie d'influenza à l'intérieur des structures de la sécurité civile de chacune des composantes du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été amorcé et se poursuivra au cours de la prochaine année. L'Agence a travaillé avec l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) afin de s'assurer de l'arrimage des interventions du réseau de la santé et des services sociaux avec les autres secteurs de la société qui seront inévitablement touchés ou mis à contribution lorsque la pandémie surviendra. En continuité avec cette opération, l'Agence et l'ORSC participent conjointement à des rencontres sur chacun des territoires de MRC afin de s'assurer de la collaboration des organisations municipales de sécurité civile.

Contribution à des travaux du MSSS

La Coordination ministérielle en sécurité civile du ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à un conseiller en gestion de programme de l'Agence le mandat de réviser en profondeur le programme de formation du volet psychosocial en contexte de sécurité civile du Ministère et de voir à la formation de formateurs pour toutes les régions du Québec.

En plus de contribuer à façonner les paramètres de la mission santé au sein des structures de sécurité civile du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, les travaux effectués dans la région permettent de mieux outiller les intervenants psychosociaux ainsi que les gestionnaires quant à l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile sur tout le territoire québécois. En ce sens, plusieurs outils d'intervention, des guides de formation et des documents de référence sont en cours d'élaboration.

La région du Bas-Saint-Laurent profite au premier plan de cette expertise unique en plus de permettre à l'Agence de se positionner comme chef de file au Québec en matière d'intervention psychosociale en contexte de sinistre et de tragédie.

3.9 Services généraux et spécialisés

À ce chapitre, les principaux faits saillants touchent l'accès aux services psychosociaux et infirmiers en CSSS, les services d'Info-santé et le projet d'implantation d'Info-social, ainsi que les secteurs touchant la violence conjugale, les agressions sexuelles et les dépendances.

Au niveau des clientèles particulières, soit celles vivant avec une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement (TED) ou une déficience physique, nous présentons autant les volets de soutien dans le milieu que les aspects plus spécialisés.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3 612	4 175	**3 531**
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,64	3,78	**3,73**
Commentaires			
La région n'atteint pas sa cible en ce qui concerne les services psychosociaux généraux. Cependant, certains CSSS recourent de plus en plus à des interventions de groupe concernant différentes problématiques nécessitant des services psychosociaux et les données statistiques concernant ces interventions ne sont pas considérées par l'indicateur. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'interventions réelles qui contribuent significativement à améliorer l'offre de service régionale et à diminuer les listes d'attente.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

La centrale Info-santé située au CSSS de La Mitis a vécu une transformation majeure au plan de la téléphonie en octobre 2006 afin de répondre à des impératifs générés notamment par la mise en place de lignes interprofessionnelles, de lignes avec reconnaissance des appels, de liens avec la centrale 911, d'inclusion de messages de santé publique, de réponses français-anglais et de reconnaissance pour clientèles malentendantes.

De plus, en novembre 2006, la virtualisation qui permet d'obtenir une réponse dans les plus brefs délais (90 % en 4 minutes) a été effectuée et ceci permet que l'appel en attente soit répondu par une infirmière disponible peu importe où elle se trouve au Québec.

Afin d'utiliser au maximum les services, le répertoire régional a été mis à jour avec la contribution des CSSS et sa mise à jour continue permettra son installation en version Web dès l'automne 2007.

Le dossier de l'intégration des liens GMF, de clientèles en soutien à domicile et d'Info-santé est en voie de se compléter. Ceci facilitera une réponse plus appropriée aux clientèles vulnérables inscrites en permettant à l'infirmière d'Info-santé d'avoir accès à leur fiche personnelle.

Actuellement, un chantier est en cours pour assurer la création de liens entre Info-santé et une offre de service d'intervention psychosociale 24/7, autant en situation de crise que pour de l'information générale.

VIOLENCE CONJUGALE ET AGRESSIONS SEXUELLES

Un dossier initié par le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes portant sur la sexualité précoce des filles a eu des retombées autant par une conférence grand public que par l'organisation d'un forum régional sur l'hypersexualisation, la sexualisation précoce et les agressions sexuelles, une première au Québec.

De plus, des initiatives en lien avec le *Plan d'action gouvernemental 2004-2009* en matière de violence conjugale ont été soutenues :

- Développement d'un outil à l'intention des hommes favorisant l'apprentissage et le développement des compétences liées à la communication;
- Mise à jour du répertoire des ressources en violence conjugale;
- Ateliers thématiques en milieu scolaire;
- Formation dispensée en milieu scolaire.

DÉPENDANCES (TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE)

L'Agence a identifié comme priorité pour 2006-2008 de convier les réseaux de services en dépendances et santé mentale à développer des stratégies nouvelles en vue d'offrir l'accès à une gamme des services adaptés, complémentaires, continus et intégrés, tant à l'échelle locale que régionale. À ce niveau, **ce secteur est appelé à travailler très étroitement avec la santé mentale et les jeunes en difficulté dans une visée intégrative et coordonnée des services.**

Dans cette perspective, l'Agence, dans ses ententes de gestion et d'imputabilité 2006-2008, a invité les centres de santé et de services sociaux à :

- Rendre plus accessible et de façon continue une offre de service de première ligne de qualité en dépendances qui répond aux exigences du *Plan d'action ministériel en alcoolisme et toxicomanie* et qui s'intègre à l'ensemble des activités de première ligne, plus particulièrement à celles de santé mentale;
- Établir des ententes et des corridors de services entre les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup, en santé mentale et en dépendances, afin d'assurer une continuité et une intégration de l'offre de service aux clientèles présentant une problématique de dépendances et de santé mentale;
- Intégrer des activités de prévention, de promotion, de dépistage et d'intervention précoce en dépendances dans l'offre de service actuelle de l'ensemble des programmes lorsque cela est pertinent, principalement en santé mentale et pour les jeunes en difficulté;
- Intégrer au sein d'une seule et même équipe de professionnels les responsabilités de santé mentale et de dépendances.

L'Agence soutiendra donc les établissements au cours des prochains mois afin d'élaborer une proposition de services adaptée à cette orientation et d'établir un plan d'actualisation. Les tableaux qui suivent présentent les services de première ligne en toxicomanie et jeu pathologique.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services de première ligne – toxicomanies**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	251	233	**185**
Commentaires			
Le nombre de jeunes évalués et référés en alcoolisme et toxicomanie se trouve très largement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui correspond à 99 jeunes pour notre région. Les intervenants de première ligne des CSSS et des milieux scolaires sont davantage sensibilisés et détectent de façon plus systématique les jeunes qui peuvent présenter un problème de consommation.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Jeu pathologique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	189	208	**192**
Commentaires			
L'offre de service en jeu pathologique demeure mal connue de la population régionale. Cependant, le Centre de réadaptation L'Estran et les organismes communautaires arrivent tout de même à traiter un nombre de joueurs qui se situe à mi-chemin entre le seuil et la cible 2010.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

Les services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) sont partagés entre les CSSS et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) du Bas-Saint-Laurent. Les CSSS du territoire offrent des services généraux à ces clientèles, particulièrement des services de soutien à domicile et de soutien à la famille. De son côté, le CRDI offre des services spécialisés dans les huit territoires des CSSS de la région.

L'amélioration des services aux personnes avec un TED a été particulièrement importante au cours des trois dernières années. Il y a eu une augmentation de la demande, une spécialisation des services cliniques, et ce, particulièrement au niveau des enfants. En 2005-2006, 12 enfants ont reçu un service d'intervention comportementale intensive (ICI), à raison de 15,5 heures par semaine par enfant, alors que pour l'année en cours, le CRDI a offert ce service à plus de 15 enfants à raison de 16,8 heures par semaine par enfant.

Les travaux pour l'année 2006-2007 au niveau de ce programme ont consisté à dresser un état de situation de l'organisation des services du CRDI sur chaque territoire des CSSS afin d'identifier le nombre de personnes visées par ces différents services. De plus, nous sommes à identifier les rôles et responsabilités des CSSS au niveau des services généraux et services spécifiques, ainsi que le rôle du CRDI au niveau des services spécialisés, et ce, en regard des orientations ministérielles.

Parallèlement à cette démarche, nous procéderons à une évaluation des clientèles hébergées afin d'identifier celles qui nécessitent des services généraux, spécifiques ou spécialisés.

Les différents tableaux qui suivent illustrent bien le niveau de services dispensés autant en première ligne qu'en deuxième ligne.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	266	266	**307**
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	9	9	**10,51**
Commentaires			
Avec 307 personnes présentant une déficience intellectuelle ayant reçu des services de soutien à domicile, la performance régionale se situe significativement au-dessus de la cible 2010 qui représente 216 usagers pour notre région. L'intensité des services s'est sensiblement améliorée en 2006-2007 et se situe maintenant nettement au-dessus du seuil de 7 interventions par usager. Rappelons également que plus de 500 personnes de la région présentant une déficience intellectuelle ou un TED sont présentement hébergées en RI ou en RTF et que le réseau familial continue de répondre en grande partie aux besoins d'aide à la vie quotidienne et domestique des personnes qui vivent dans leur communauté. Le niveau du soutien aux familles dépasse d'ailleurs la cible régionale.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	195	195	**198**
Commentaires			
Le résultat observé dépasse la cible régionale qui elle-même se situe bien au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui est de 188 usagers. Le réseau familial répond en grande partie aux besoins liés à la vie quotidienne des personnes ayant une déficience intellectuelle et vivant dans leur communauté. Les CSSS lui apportent un soutien concret.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		32	37	**42**
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)		3.3	5.5	**4,74**
Commentaires				
La performance régionale n'atteint pas le seuil ministériel qui représente 44 individus dans notre région. Cependant, toute la clientèle présentant un trouble envahissant du développement référée aux services de soutien à domicile est prise en charge par les CSSS. Même si on constate une croissance importante du nombre d'interventions par usager, il faut noter que l'intensité est très variable d'une année à l'autre considérant le petit nombre d'usagers et la variabilité dans les besoins de ce type de clientèle.				

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	78	78	**81**
Commentaires			
Le résultat observé dépasse la cible régionale qui elle-même se situe bien au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui est de 55 usagers. Le réseau familial répond en grande partie aux besoins liés à la vie quotidienne des personnes ayant un trouble envahissant du développement et vivant dans leur communauté. Les CSSS lui apportent un soutien concret.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	12	13	15
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans	15,24	20	16,5

Commentaires

Le nombre de jeunes TED bénéficiant de services d'intervention comportementale intensive est passé de 12 en 2005-2006 à 15 au cours de la dernière année.

Des efforts sont apportés afin que tous les jeunes en attente du service le demeurent le moins longtemps possible. Le CRDI s'assure également de mettre à la disposition des jeunes qui se retrouvent en attente, un service de base en adaptation et soutien.

Toutefois, différentes circonstances expliquent l'écart à la cible observé pour le nombre moyen d'heures hebdomadaires. En effet, la formation des intervenants, l'absence maladie du jeune ou de l'intervenant, le refus des parents de différer la reprise des heures, les congés fériés et la non-disponibilité du jeune ou de ses parents sont tous des facteurs justifiant l'impossibilité d'atteindre la cible de 20 heures par semaine. Cette cible demeure cependant celle à privilégier, et ce, compte tenu des données probantes sur le plan scientifique.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans, et en augmentant le nombre d'adultes desservis de 21 ans et plus.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.9 Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	80	80	99
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	53	53	54

Commentaires

Pour ces deux indicateurs, les cibles 2010, qui se situent à 42 usagers pour les 6-21 ans et 24 usagers pour les 21 ans et plus, ont été largement dépassées.

La présence grandissante de l'expertise TED qui se développe dans la région sert de levier au dépistage et à l'établissement d'un diagnostic TED chez la clientèle, particulièrement chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Les services spécialisés proposés à la population de notre région ayant une déficience physique sont offerts par le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) L'InterAction (CSSS de La Mitis). Des services sont disponibles à Rimouski et à Rivière-du-Loup.

Depuis 2005-2006, une démarche de concertation a lieu entre le CRDP et les huit CSSS de notre territoire afin d'identifier les responsabilités respectives au niveau des services aux personnes ayant une ou l'autre des déficiences. Cette démarche est coordonnée par le CRDP avec le soutien de l'Agence. Elle a permis de dégager des recommandations telles que :

- Que soit utilisé un plan d'intervention individualisé et partagé par les intervenants de première et de deuxième ligne;
- Que soient mis en place des mécanismes de suivi et d'échange d'information ainsi que des mécanismes de communication bidirectionnels entre les intervenants de première et de deuxième ligne;
- Que soient uniformisés et partagés les outils d'évaluation.

Les tableaux qui suivent illustrent le niveau de services dispensés à cette clientèle autant en première qu'en deuxième ligne.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 404	2 400	**2 361**
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	11,7	11,71	**12,93**

Commentaires

Avec 2 367 personnes présentant une déficience physique ayant reçu des services de soutien à domicile, la performance régionale se situe significativement au-dessus de la cible 2010 qui représente 1 413 usagers pour notre région.

L'intensité des services s'est sensiblement améliorée en 2006-2007, mais il faut aussi considérer que les personnes présentant une déficience physique ont obtenu 332 000 heures de services de soutien à domicile, soit par le chèque emploi service ou par le biais des entreprises d'économie sociale. Rappelons que ces interventions ne font pas partie des données du suivi de gestion.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	223	227	**213**
Commentaires			
Les résultats observés démontrent une légère diminution par rapport à l'exercice précédent. Il s'agit d'une variation normale dans la gestion du programme de soutien à la famille.			

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	778	778	**855**
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	393	393	**424**
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	365	365	**449**
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	127	163	**123**
Commentaires			
À l'exception des services destinés aux personnes souffrant de troubles de la parole et du langage, l'ensemble des cibles régionales relatives aux services spécialisés en déficience physique a été atteint. Pour les personnes ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive, les cibles 2010 sont également atteintes. La problématique rencontrée au niveau des services spécialisés de réadaptation pour les troubles de la parole et du langage relève des difficultés de recrutement en orthophonie jumelées à un fort taux d'absentéisme dans ce secteur.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.10 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les organismes communautaires sont des acteurs importants dans le réseau de la santé et des services sociaux. Leurs actions se répartissent à l'intérieur des différents programmes du Ministère et permettent à des personnes aux prises avec différentes problématiques de reprendre du pouvoir sur leur vie, de favoriser une plus grande intégration dans la société ou de contribuer à leur maintien dans leur milieu. Ils sont des partenaires de premier plan dans la mise en place des réseaux locaux de services.

La région compte 128 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement, santé et services sociaux, et qui reçoivent un financement annuel de plus de 12,8 millions de dollars. Quatre-vingt-quatre pour cent de ce financement est affecté au soutien à la mission de base de ces organismes.

Au cours de l'année 2006-2007, les représentants des organismes communautaires ont effectué plusieurs démarches auprès de l'Agence afin de rehausser le financement qui leur est alloué. À titre d'exemple, les demandes formulées par les 128 organismes communautaires reconnus pour 2007-2008 représentent un total de 19,4 millions de dollars, soit un écart de plus de 7 millions avec le financement dont dispose l'Agence. En ce sens, l'Agence entreprendra au cours de la prochaine année des travaux de révision de son *Cadre de gestion de la reconnaissance et du soutien financier des organismes communautaires*. Ces travaux visent à actualiser ce document en fonction des politiques gouvernementales visant la reconnaissance et le soutien financier des organismes communautaires, ainsi qu'avec les démarches d'harmonisation des pratiques amorcées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Aussi, dans le cadre de ses travaux d'harmonisation, le comité de travail régional a continué ses activités surtout en regard de l'analyse des dédoublements des organismes communautaires. Les rencontres avec le Comité permanent de liaison et l'Agence se sont quant à elles poursuivies au cours de l'année.

3.11 RESSOURCES HUMAINES

PRIX DE RECONNAISSANCE

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent décerne depuis maintenant dix-neuf ans les Prix de reconnaissance afin de souligner les efforts typiquement régionaux, les innovations et l'implication des différents partenaires du réseau et des autres secteurs d'activité qui se sont distingués par la grande qualité des soins et des services offerts à la population.

Précisons que cette année, la refonte des Prix de reconnaissance a été rendue nécessaire, et ce, en raison des changements survenus dans l'environnement dans lequel évolue le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. De plus, les catégories des Prix de reconnaissance s'inspirent et reflètent celles des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux.

C'est pourquoi des modifications ont été effectuées dans certaines catégories. Une nouvelle catégorie a entre autres été créée, soit celle ayant comme titre « Intégration des services ».

Le Grand prix de l'excellence des Prix de reconnaissance

CSSS de La Matapédia
« La dépression majeure : suivi intégré dans la communauté »

Gagnant dans la catégorie « Innovation et initiative pour l'amélioration, la qualité et l'accessibilité des soins et des services »

CSSS de Rivière-du-Loup
« Pour le plaisir de manger ensemble »

Mention spéciale dans la catégorie « Excellence de la contribution d'un ou de plusieurs organismes communautaires »

Coup de main à domicile

Gagnant dans la catégorie « Soutien, valorisation et mobilisation des ressources humaines »

CSSS de La Mitis
Pour le réaménagement sécuritaire et ergonomique de la buanderie-lingerie

Gagnant dans la catégorie « Excellence de la contribution d'un ou de plusieurs organismes communautaires »

L'Arrimage, centre de réhabilitation en alcoolisme et toxicomanie

Gagnant dans la catégorie « Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être »

MAINS Bas-Saint-Laurent
Pour ses actions de prévention et de promotion de la santé auprès de la population des intervenants et des groupes à risque de contacter le VIH/sida

Gagnante dans la catégorie « Engagement »

M^me^ Monique Lavictoire-Marquis

Planification de main-d'œuvre

La situation de la planification de main-d'œuvre dans la région du Bas-Saint-Laurent est particulièrement différente de celle des grands centres. De plus en plus, nous vivons des difficultés d'attraction et de rétention du personnel en soins infirmiers et pour certaines catégories de techniciens et de professionnels, et ce, considérant la compétition vigoureuse des milieux urbains, le nombre restreint de finissants dans certains domaines, l'étendue du territoire et l'éloignement. Ainsi, les difficultés rencontrées touchent principalement les titres d'emplois de psychologue, physiothérapeute, pharmacien, audiologiste, technicien en radiothérapie et en génie biomédical.

Le Comité de planification de main-d'œuvre en soins infirmiers et autres catégories d'emploi oriente ses actions vers le *Plan d'attraction et de rétention de main-d'œuvre* qui a été révisé en 2006. De plus, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence, en collaboration avec tous les établissements de la région, a entrepris une vaste démarche de mise en place d'un plan d'action en pharmacie et en orthophonie. S'inscrivant aux priorités ministérielles 2006-2007, la finalité de ces plans d'action sera de développer des plans de main-d'œuvre locaux et régionaux pour ces secteurs. Ainsi, nous tenterons ensemble de mieux organiser la prestation de services afin d'en assurer la continuité, la qualité et le développement.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Une évaluation des besoins d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne a été effectuée dans le Bas-Saint-Laurent l'automne dernier. Celle-ci démontre que plusieurs de nos établissements sont fortement intéressés à leurs services en raison du manque de médecins de famille sur notre territoire. Il reste une partie de la population qui n'est pas entièrement prise en charge en raison d'un manque d'omnipraticiens. Un programme d'intéressement pour l'IPS en cardiologie, néphrologie, néonatalogie et en soins de première ligne sera bientôt disponible au MSSS et permettra à notre région de s'inscrire dans ce type de recrutement.

Développement des compétences

L'année 2006-2007 aura été une poursuite de la consolidation des changements apportés par les projets de lois nos 25, 30 et 83 portant sur les réseaux locaux de services, les projets cliniques, le regroupement des accréditations syndicales et les nouveaux rôles et responsabilités dévolus à l'Agence et aux centres de santé et de services sociaux. Des modèles, des politiques, des cadres de référence et des instrumentations ont été travaillés, développés, proposés et, dans la majorité des cas, adoptés par les établissements du réseau sur les thèmes suivants : l'arrimage des projets cliniques avec le développement des compétences, la négociation locale, l'organisation du travail, la mobilisation des personnes et la révision de l'offre de service des ressources humaines. Une emphase particulière a été mise sur la relève des cadres intermédiaires par la mise en place de quatre cohortes de formation continue de deuxième cycle et de premier cycle rejoignant une centaine de personnes.

Des programmes de formations spécifiques ont été développés et actualisés sur différents thèmes rejoignant les gestionnaires et les intervenants des quatre projets cliniques, soit santé mentale, jeunes, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et maladies chroniques, ainsi que les intervenants en CLSC pour le programme national de formation des centres jeunesse. Des formations sur la préparation à la retraite ont eu lieu dans la majorité des établissements.

Un budget global d'environ 415 000 $ a été investi par l'Agence dans ces différents programmes s'adressant aux gestionnaires et aux intervenants.

PROJETS D'ORGANISATION DU TRAVAIL

Il est essentiel d'agir sur l'organisation des soins et du travail pour contrer les effets d'une pénurie de main-d'œuvre immédiate ou appréhendée. Poursuivant cet objectif, l'Agence et le MSSS ont soutenu, depuis 2002, 21 projets d'organisation du travail pour un financement total de 707 859 $.

Le programme national de soutien à l'organisation du travail a lancé sa troisième cohorte 2006-2007. La région a soumis six projets d'organisation du travail visant l'amélioration de l'accès et de l'intensité des services généraux et de première ligne. Ces projets tentent d'innover entre autres par de nouvelles approches et philosophie de soins et par l'utilisation judicieuse de nos ressources visées par le projet de loi nº 90. Un de ces projets a été retenu pour la région, le Ministère accordant une subvention de 70 365 $ au CSSS de Rivière-du-Loup pour la révision de l'organisation du travail en CLSC.

Un colloque sur l'organisation du travail a eu lieu cette année afin de présenter les différents projets élaborés au Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. À l'intérieur de ce colloque, un concours de qualité de vie au travail nous a permis de reconnaître et de souligner les réussites de différents établissements. Le CSSS de Rimouski-Neigette a reçu le premier prix pour le projet « L'envol du service d'hémodialyse ». Le deuxième prix a été décerné au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent pour le projet expérimental d'hébergement dans une unité de garçons de 6 à 12 ans. Le troisième prix, *ex aequo*, a été attribué au CSSS de La Mitis pour son projet « Praxéologie en milieu de travail » et au CSSS de Rivière-du-Loup pour son « Programme de qualité de vie au travail ».

1er prix
Équipe du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette

2e prix
Équipe du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

3e prix *ex aequo*
Équipe du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis

3e prix *ex aequo*
Équipe du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Coordination des stages

Le sous-comité sur la coordination des stages a pour mandat de s'assurer que le nombre de places offert est suffisant pour accueillir tous les stagiaires de la région. Nous avons pu recenser, pour l'année 2006-2007, 922 stagiaires en soins infirmiers et autres catégories d'emploi. Comparativement à 1 408 stagiaires en 2005-2006, la baisse de 35 % du nombre d'étudiants en stage dans le domaine de la santé est inquiétante. À ce chapitre, des actions devront être entreprises dans l'année qui vient.

Mesures administratives et incitatives

Concernant les mesures administratives particulières applicables au personnel clinique à l'été 2006 pour favoriser les couvertures de services en période de pointe, la région disposait d'un budget total de 157 250 $, et cette somme a été utilisée en totalité. Donc, aucun solde n'a permis à la région d'appliquer ces mesures incitatives pour la période des Fêtes 2006-2007.

Également cette année, les primes de recrutement et de maintien en emploi et les forfaits d'installation aux pharmaciens ont permis à la région d'embaucher **deux** nouvelles ressources et ont facilité la mobilisation et la rétention dans ce secteur pour tous les établissements.

Négociations locales

Tous les établissements de la région sont en période active de négociations locales, le tout devrait se conclure à l'automne 2007. L'Agence joue un rôle de soutien aux établissements et pour ce faire, des journées d'information ont été tenues ainsi que de fréquentes conférences téléphoniques afin de vérifier l'avancement des négociations et de répondre aux différentes questions. L'Agence offre également à tous les établissements un service d'aide à la rédaction des textes de leur nouvelle convention.

Mobilisation des ressources humaines

En suivi au *Plan d'action sur la mobilisation des ressources humaines 2004-2006* déposé au Ministère par l'Agence, les établissements du Bas-Saint-Laurent ont procédé à l'analyse de leur climat organisationnel en utilisant le questionnaire du Conseil québécois d'agrément. Les données ainsi recueillies auront permis aux établissements d'être en mesure de mettre en place un plan d'action local sur la mobilisation de leur personnel au 30 juin 2006, chaque établissement étant responsable de sa mise en œuvre.

Service régional de main-d'œuvre

Le service régional de main-d'œuvre constate une diminution constante du nombre de sécuritaires d'emploi sur ses listes. L'année 2006-2007 se traduit à ce chapitre par 777 requêtes de main-d'œuvre traitées par le service. 11 personnes demeurent sur les listes de disponibilité au 31 mars 2007, comparativement à 15 à pareille date l'année dernière. Chez les cadres en stabilité, leur nombre est passé de 16 à 3 à la fin de l'année, 13 personnes ont été replacées ou ont pris leur retraite en 2006-2007.

SERVICE RÉGIONAL DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Tout au long de l'année 2006-2007, les professionnels du Service régional de prévention et de promotion de la santé des travailleurs ont soutenu les intervenants dans les établissements de la région.

Les ateliers de praxéologie « Programme : en action par et pour les travailleurs, vers notre santé » ont été mis en place au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et une expérimentation a été faite au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent.

Le psychologue organisationnel a épaulé les établissements dans l'implantation des changements, et différentes sessions de formation ont été offertes aux employés de la région.

Le progiciel « Prasat » qui permet de suivre des données liées à la gestion de la présence au travail a continué sa progression et a été développé selon les recommandations des utilisateurs au comité provincial. Le transfert des données à la banque de données nationale sera effectué le 30 avril 2007 dans 9 des 11 établissements de la région.

Les ententes de service conclues avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, le CRDI du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de La Mitis pour une conseillère en gestion de la présence au travail se sont poursuivies et le CSSS de Kamouraska s'est ajouté en cours d'année.

Les résultats obtenus par les établissements de la région en regard de la gestion de la présence au travail démontrent un taux d'absentéisme qui demeure généralement élevé. Le résultat atteint par la région au 31 mars 2007 s'établissait à 6,28 %, comparativement à la cible de l'entente de gestion qui est de 5,84 %. À cette période, trois établissements atteignaient la cible fixée avec un écart intéressant, ainsi que l'Agence. Par contre, sept établissements sur dix dépassaient la cible. Les deux tableaux qui suivent permettent de faire l'état de notre situation, le plus grand motif d'absentéisme étant encore lié à des problèmes psychologiques, quoique ce secteur est passé de 46,61 % en 2003 à moins de 40 % cette année.

Les motifs d'absence en assurance-salaire (2006-2007)

Médecine	Chirurgie	Psychologique	Musculo-squelettique	Oncologie	Autres
20,32 %	8,66 %	39,6 %	24,6 %	5,91 %	0,60 %

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	6.30	5.84	**6.28**
Commentaires			
Quatre établissements sur dix présentent un résultat qui dépasse significativement la cible attribuée en 2006-2007.			
Des diagnostics ont déjà été réalisés dans quatre de ces organisations et des plans d'action seront élaborés. Un soutien est offert aux établissements par la mise en commun des services d'un agent de prévention, d'un psychologue organisationnel et d'une conseillère en gestion de la présence au travail.			

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.12 RESSOURCES INFORMATIONNELLES

RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET INTÉGRATION DES SERVICES

Outre les actions réalisées en regard des projets cliniques, d'autres interventions en lien avec le développement des systèmes d'information sont requises afin d'appuyer et de soutenir l'intégration des services. Les principales interventions de ce type réalisées au cours des dernières années ont principalement porté sur l'élaboration d'une vision et d'une planification stratégique régionale des ressources informationnelles supportant l'organisation et l'intégration des services cliniques. Par ailleurs, la relocalisation du Technocentre régional et la mise en œuvre des projets prioritaires retenus permettront d'asseoir l'architecture technologique et de débuter l'actualisation du dossier santé électronique.

Ces réalisations ont été possibles grâce aux efforts partagés et aux stratégies d'action retenues favorisant une mise en commun et une optimisation des actifs informationnels régionaux. Mentionnons à titre d'exemple la création d'une masse critique de ressources humaines et technologiques, localisées au Technocentre du Bas-Saint-Laurent. Ceci a favorisé le recours à des plateformes technologiques communes et la mise en commun de l'outillage informatique support (serveurs, applications, etc.). De plus, le Technocentre régional offre un soutien technique aux établissements.

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL

Comme mentionné précédemment et en conformité avec les objectifs découlant de la mise en place des réseaux locaux de services et en soutien à l'intégration des services, l'Agence a poursuivi l'actualisation de son *Plan stratégique régional des ressources informationnelles* qui a été adopté en septembre 2005 en prenant assise sur une série de principes directeurs.

En conformité avec ce plan, les systèmes d'information cliniques implantés au cours de l'exercice financier 2006-2007 sont entre autres :

- Système de pharmacie institutionnel;
- Gestion des rendez-vous;
- Système d information à l'urgence;
- Système de requête d'examen de radiologie.

La mise en œuvre des réseaux locaux de services vise à assurer la disponibilité des systèmes intégrés d'information permettant de partager des données cliniques pour assurer la prise en charge globale du client et de supporter les cliniciens, améliorant ainsi l'accessibilité aux données, la continuité et la qualité des services. À cette fin, l'Agence, les établissements, les médecins et les cliniciens de la région ont retenu de développer un dossier santé électronique soumis aux normes de confidentialité établies et à une gestion rigoureuse du consentement. Fort d'une très grande mobilisation des cliniciens à cet égard, le projet a pris un envol remarqué qui fait l'envie d'un bon nombre de régions du Québec.

Depuis le démarrage de ce projet, différentes étapes ont été franchies. Le projet sous sa forme actuelle s'inscrit en soutien des services de première ligne. De ce fait, il intègrera 85 médecins, 13 infirmières ainsi que les secrétaires de ces cliniques. De plus, six GMF en font partie ainsi que deux cliniques privées.

Dans la phase initiale du projet, les modules suivants seront disponibles : prescripteur, gestion des tâches, réception des examens de laboratoire et rapports de radiologie. Il sera ainsi possible d'accéder à tous les examens de laboratoire et de radiologie pour les patients du Bas-Saint-Laurent ayant donné leur consentement, et cela, peu importe l'endroit où les examens ont été effectués. En effet, toutes les données cliniques des huit CSSS seront à très court terme hébergées au Technocentre de la région. Les examens antérieurs seront également accessibles selon la disponibilité qui est présente dans chacun des dépôts des CSSS, ce qui représente plusieurs millions de résultats de tests.

Il sera également possible d'échanger des messages entre cliniciens sur certains aspects des suivis des patients. Des copies et des commentaires pourront être joints aux rapports électroniques, puis acheminés aux médecins participants. Toutes les prescriptions effectuées dans les différents dossiers seront donc accessibles à ces médecins. Ces informations seront disponibles de n'importe quel accès Internet, et cela, tant à l'intérieur des CSSS qu'à l'extérieur.

Outre un accès plus facile à l'information clinique du patient par les cliniciens, les données disponibles permettront d'éviter la demande d'examens diagnostiques inutiles n'amenant aucune valeur ajoutée.

L'installation physique nécessaire pour supporter ce projet régional est maintenant terminée au Technocentre régional. Les derniers tests d'ajustement sont en cours pour s'assurer du bon fonctionnement de la plateforme d'Omnimed, fournisseur retenu de la solution.

À l'heure actuelle, des périodes d'expérimentation et de rodage sont en cours dans deux sites pilotes, soit au GMF Grand-Portage (Rivière-du-Loup) et avec une clinique médicale privée, la Clinique médicale Saint-Barnabé (Rimouski). Le GMF Grand-Portage regroupe 20 médecins depuis mai 2005. Plus de 11 000 patients y sont inscrits. L'implantation d'outils informatiques fait partie des priorités du docteur Éric Paradis, pilote médical affecté au projet et médecin œuvrant au GMF Grand-Portage de Rivière-du-Loup. Des formations spécifiques auprès de ses collègues sont actuellement en cours, si bien que la généralisation du recours à la clinique médicale virtuelle fera l'objet des pratiques courantes dès les prochains mois.

3.13 PROJETS D'IMMOBILISATIONS ET ACHATS D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

PROJETS D'IMMOBILISATIONS (FINANCEMENT DU MSSS)

Les principaux projets d'immobilisations en cours, pour l'année 2006-2007, concernent les établissements suivants :

- **CSSS de Rimouski-Neigette**

  L'Hôpital régional de Rimouski qui a réalisé, dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, un plan directeur immobilier. Il en ressort que les travaux devront toucher en premier lieu le service d'imagerie médicale, le bloc opératoire et le rapprochement des soins critiques. Cette séquence de plus de 9 400 m² qui totalisera des travaux et des équipements pour 30 millions de dollars sera subdivisée en 3 phases. La première phase d'une envergure de 17,5 millions touche principalement l'imagerie médicale, la pharmacie et les archives, et est à l'étape des préliminaires. Un avis favorable d'exécution devrait nous être autorisé sous peu par le Conseil du trésor (CT).

- **CSSS de La Mitis**

  Sécurité-vétusté, rénovations fonctionnelles : Dans le cadre des suites du *Plan triennal 1995-1998*, le projet prévoit le réaménagement de 130 lits de soins de longue durée. De plus, des travaux de sécurité-vétusté touchant l'enveloppe extérieure et les services mécaniques et électriques du bâtiment sont inclus au projet. Un CT d'exécution a été accordé en mars 2003, au montant de 14,9 millions de dollars. Le processus d'appel d'offres a été complété au début de l'automne 2004. À la suite des dépassements de l'enveloppe, les différents partenaires ont travaillé pour résorber le dépassement. Les travaux sont complétés.

- **CSSS de Kamouraska**

  Le 29 septembre 1997, le ministre a autorisé la mise à l'étude du projet de rénovations fonctionnelles touchant l'urgence, les soins intensifs, les cliniques externes, la radiologie, l'obstétrique de même que les unités de soins du Centre Notre-Dame-de-Fatima. Le comité d'experts du Centre de coordination national des urgences a recommandé que des travaux soient effectués rapidement. Le projet évalué à 9,9 millions de dollars a été révisé et un nouveau concept a été déposé au début de mars 2003. Une demande pour un CT d'exécution a été faite au début de l'automne 2004 et l'annonce pour la réalisation des plans et devis d'exécution a été effectuée le 25 avril 2005. Les travaux sont en cours et devraient être complétés pour l'automne 2007.

- **Unité de médecine familiale du KRTB**

  Dans le cadre du déploiement des unités de médecine familiale, les CSSS de quatre territoires se sont regroupés pour mettre en place un projet commun. Ce projet totalise des investissements en immobilisations et en équipements de 2,2 millions de dollars répartis dans les quatre CSSS.

  Pour le CSSS des Basques, on prévoit un agrandissement de 550 m² pour un montant de 1 464 000 $ incluant le mobilier et les équipements. Pour le CSSS de Rivière-du-Loup, des réaménagements pour un montant de 660 300 $ incluant le mobilier et les équipements. Au CSSS de Kamouraska, il y aura des travaux de réaménagement mineurs et l'acquisition d'équipements

pour un montant de 61 200 $. Et finalement, le CSSS de Témiscouata pourra faire l'acquisition de mobilier et d'équipements pour un montant de 17 000 $.

Pour le CSSS des Basques, les travaux de construction sont complétés; il reste des travaux de stationnement à compléter. Pour les trois autres CSSS, le processus d'acquisition d'équipements est enclenché.

PROJETS D'IMMOBILISATIONS (FINANCEMENT RÉGIONAL)

- **CSSS de Rimouski-Neigette**

Le Ministère a autorisé l'Hôpital régional de Rimouski à travailler sur l'installation d'un TEP SCAN. Ce projet nécessite des investissements en termes de réaménagement de l'ordre de 1.8 million de dollars, dont 1,4 million sera assumé par l'établissement et l'Agence. L'établissement travaille actuellement à l'élaboration des plans et devis. La mise en service de l'équipement est prévue pour le printemps 2008.

- **CSSS de Témiscouata**

Un projet de 1,2 million de dollars a été accordé pour réaménager le bloc opératoire de l'Hôpital Notre-Dame-du-Lac; 300 000 $ seront assumés par l'établissement alors que l'Agence en assumera le solde. Le projet consiste à réaménager 269 m² afin de revoir dans son ensemble les services du bloc opératoire. De plus, des travaux de sécurité-vétusté seront effectués pour corriger le réseau de gaz médicaux et la ventilation. Il est important de noter que les réaménagements s'effectueront à même les espaces actuels sans impact sur les services adjacents. Le processus de sélection des professionnels est complété et la préparation des plans et devis devrait s'enclencher dans les prochaines semaines. Les travaux devraient être complétés au printemps 2008.

Un autre projet de l'ordre de 345 000 $ a été accordé afin de réaménager le service de pharmacie de l'hôpital. Ce projet consiste principalement à revoir le secteur des hottes. Les plans et devis sont complétés et les appels d'offres devraient avoir lieu au cours du printemps 2007. Les travaux seront complétés pour l'automne 2007.

- **CSSS de La Matapédia**

Un projet de 550 000 $ a été accordé afin de réaménager le service de pharmacie du Centre hospitalier d'Amqui. Ce projet consiste à revoir l'ensemble du l'organisation du service. Les plans et devis ainsi que les appels d'offres sont complétés. Les travaux seront complétés pour l'automne 2007.

SOMMAIRES RÉGIONAUX DES FONDS D'ÉQUIPEMENTS ET D'IMMOBILISATIONS

Les investissements pour des projets d'immobilisations et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations		
■ Sécurité		0 $
■ Vétusté		5 877 665 $
■ Rénovation fonctionnelle		1 700 000 $
■ Augmentation de capacité		0 $
		7 577 665 $
Équipements		
■ Technologies de l'information		
▪ Med Écho	237 846 $	
▪ Progiciels financiers	253 799 $	
▪ Système information pharmacie	708 230 $	
▪ Autres projets	0 $	1 199 875 $
■ Équipements médicaux et autres		
▪ Allocations directes	1 833 298 $	
▪ Équipements médicaux haute technologie	3 005 700 $	
▪ Aides techniques	79 142 $	
▪ Équipement MAD	617 271 $	
▪ Autres	0 $	5 535 411 $
		6 735 286 $

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements de la région Bas-Saint-Laurent

Acquisitions - Équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS (Note 1)	CAT	SUBVENTION
CSSS de Kamouraska	Pléthysmographe		55 000 $
	Analyseur hématologie		97 000 $
CSSS de Témiscouata	Colonoscope		42 000 $
	Ventilateur		45 000 $
CSSS de Rivière-du-Loup	Équipements d'ophtalmologie		125 000 $
	Appareil de fonction pulmonaire		56 000 $
	Respirateurs		35 000 $
	Endoscopes		220 000 $
	Fluoroscopie numérique		650 000 $
	Équipements d'arthroscopie		104 326 $
CSSS des Basques	Moniteur cardiaque		38 800 $
	Équipement ECG		16 000 $
	Appareils de bandelettes urinaires		35 000 $
	Bipap		26 456 $
CSSS de Rimouski-Neigette	Équipements d'ECG (4)		64 000 $
	Mammographie avec stéréotaxie		280 000 $
	Radiographie numérique		600 000 $

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS (Note 1)	CAT	SUBVENTION
	Tomodensitomètre		1 300 000 $
	TEP SCAN (Note 2)		3 200 000 $
CSSS de La Mitis	Équipements ECG (2)		32 000 $
	Auto-analyseur		95 000 $
CSSS de Matane	Respirateur volumétrique		55 000 $
	Pléthysmographe		36 000 $
CSSS de La Matapédia	Appareil de radiographie		150 000 $
	Respirateur volumétrique		55 000 $
	Gastroscope		45 000 $

Note 1 : Il est important de souligner que, cette année, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a octroyé à même les crédits régionaux près de 1,2 million de dollars afin de remplacer huit équipements de haute technologie, et ce, dans un objectif, entre autres, de réduire les listes d'attente en chirurgie.

Note 2 : En ce qui a trait au TEP SCAN, le Ministère a autorisé l'établissement à procéder à l'installation de cet équipement, c'est pourquoi nous l'avons inscrit dans la liste. Comme le Ministère a accordé plusieurs de ces équipements, il a choisi que le processus d'acquisition serait effectué de façon centralisé. De ce fait, aucun financement n'a été accordé à l'Agence pour l'année 2006-2007, lequel sera accordé une fois le processus d'acquisition des équipements complétés.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements		
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	21,7 %	23,5 %	N/D
2.2.1 Consommation en gigajoules par mètre carré	1,59	1,66	1,53

Commentaires

Historiquement, la région se positionne très favorablement quant à la proportion des dépenses consacrées à l'administration et au soutien aux services.

À court terme, la cible régionale de consommation en gigajoules par mètre carré est atteinte. Les conditions climatiques favorables ont joué en faveur des établissements.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

4.1 RÉSULTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

4.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION EN REGARD DES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

Le président-directeur général par intérim,

Alain Paquet, CA

Le directeur des ressources financières et matérielles,

Daniel Lévesque, CA

4.1.2 Rapport du Vérificateur sur les états financiers condensés

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 30 mai 2007. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 4 septembre 2007

4.1.3 ÉTATS DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation — **Exercice terminé le 31 mars 2007**

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	6 344 114 $	6 018 575 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	269 614 $	180 309 $		72 750 $
Total (L. 01+ L.02)	03	6 613 728 $	6 198 884 $		72 750 $
Revenus d'intérêts	04	36 837 $	34 144 $	67 719 $	48 510 $
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources :					
- Contributions de l'avoir-propre	06				
- Contributions de fonds affectés	07	75 000 $			
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08	10 275 $			
- Autres	09	672 893 $	601 983 $	69 296 $	284 971 $
TOTAL (L.03 à L.09)	10	7 408 733 $	6 835 011 $	137 015 $	406 231 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
- Salaires - personnel cadre	11	794 980 $	552 333 $		
- Salaires - personnel autre	12	2 678 112 $	2 748 140 $	8 289 $	45 840 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	151 129 $	87 571 $		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	523 645 $	516 925 $	2 194 $	10 635 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	14 362 $	18 376 $		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	85 501 $	86 390 $		
- Charges sociales - personnel cadre	17	84 601 $	58 314 $		
- Charges sociales - personnel autre	18	376 334 $	377 875 $	1 331 $	7 280 $
	19				
- Frais de déplacement et d'inscription	20	241 022 $	272 184 $	8 734 $	18 637 $
- Services achetés	21	689 721 $	581 296 $	45 304 $	262 833 $
- Communications	22	205 141 $	206 283 $	2 347 $	10 238 $
- Loyer	23	478 887 $	426 697 $		
- Location d'équipement	24	1 069 $	900 $		
- Fournitures de bureau	25	86 214 $	87 708 $	984 $	2 258 $
- Autres frais	26	110 342 $	97 298 $		
- Charges non réparties	27	736 438 $	547 189 $		
- Transfert de frais généraux	28				
- Charges extraordinaires	29				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.29)	30	7 257 498 $	6 665 479 $	69 183 $	357 721 $
Dépenses d'immobilisations	31	119 044 $	158 432 $		
TOTAL (L.30 + L.31)	32	7 376 542 $	6 823 911 $	69 183 $	357 721 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	**32 191 $**	**11 100 $**	**67 832 $**	**48 510 $**

Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2007**

RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 318 741 $	1 068 626 $
Contributions des établissements	02	408 085 $	510 926 $
Revenus d'intérêts	03	4 427 $	8 388 $
Contributions du fonds d'exploitation	04	2 816 $	5 407 $
Contributions de fonds affectés	05	1 057 368 $	923 724 $
Revenus d'autres sources	06	342 251 $	285 476 $
Total (L.01 à L.06)	07	3 133 688 $	2 802 547 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	08	150 931 $	154 644 $
- Salaires - personnel autre	09	709 240 $	726 319 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	25 919 $	29 144 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	132 431 $	122 395 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	3 343 $	5 496 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	17 404 $	22 443 $
- Charges sociales - personnel cadre	14	22 902 $	23 863 $
- Charges sociales - personnel autre	15	105 908 $	104 717 $
- Frais de déplacement et d'inscription	16	105 221 $	99 021 $
- Services achetés	17	933 771 $	696 178 $
- Communications	18	35 969 $	43 071 $
- Loyer	19	151 789 $	83 534 $
- Location d'équipement	20	2 809 $	1 304 $
- Fournitures de bureau	21	10 161 $	16 667 $
- Autres frais	22	3 544 $	919 $
- Transferts de frais généraux	23		
- Contributions au fonds d'exploitation	24	10 275 $	
- Contributions à des fonds affectés	25		
- Autres	26		
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.26)	27	2 421 617 $	2 129 715 $
Dépenses d'immobilisations	28	1 011 335 $	859 662 $
TOTAL (L.27 + L.28)	29	3 432 952 $	2 989 377 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	**(299 264 $)**	**(186 830 $)**

4.1.4 ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, D'IMMOBILISATIONS ET DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds combinés

Exercice terminé le 31 mars 2007

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
		Activités principales	Avoir propre		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	11 100 $	1 623 455 $	5 614 424 $	323 894 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	32 191 $	67 832 $		
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		10 985 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			119 044 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12			1 011 335 $	
Autre	13				
Subvention pour rétroactivité salarial	14	72 904 $			
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	105 095 $	78 817 $	1 130 379 $	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				299 264 $
Régularisations - analyse financière	17				
Équité salarial	18	115 $			
Régularisations - autres	19				
	20				
Libération de surplus	21	10 985 $			
Autres	22			236 859 $	
Rétroactivité salarial	23	28 489 $			
TOTAL (L.16 à L.23)	24	39 589 $		236 859 $	299 264 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	65 506 $	78 817 $	893 520 $	(299 264 $)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	**76 606 $**	**1 702 272 $**	**6 507 944 $**	**24 630 $**

EXERCICE PRÉCÉDENT
2005-2006

Fonds combinés — **Exercice terminé le 31 mars 2006**

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des Activités régionalisées
		Activités principales	Avoir propre		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	58 404 $	1 516 571 $	4 517 995 $	510 724 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	11 100 $	48 510 $		
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		58 404 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			158 432 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12			859 662 $	
Autres	13			78 335 $	
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	11 100 $	106 914 $	1 096 429 $	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				186 830 $
Régularisations - analyse financière	17				
Écart sur engagement - Stabilité d'emploi 2004-2005	18		30 $		
Régularisations - autres	19				
Écart sur engagement - Stabilité	20				
Libération de surplus	21	58 404 $			
Autres	22				
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	58 404 $	30 $		186 830 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(47 304 $)	106 884 $	1 096 429 $	(186 830 $)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	**26**	**11 100 $**	**1 623 455 $**	**5 614 424 $**	**323 894 $**

4.1.5 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Fonds d'exploitation - activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2007

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	1 968 263 $	1 772 930 $	102 162 $	314 168 $
Débiteurs : - MSSS	02	309 480 $	238 418 $	6 215 $	13 000 $
- Établissements	03	12 449 $	1 636 $	115 714 $	266 118 $
- Fonds d'exploitation	04				
- Fonds des act. régionalisées	05				
- Fonds affectés	06	75 000 $	3 738 $	150 116 $	140 678 $
- Autres	07	104 676 $	88 328 $	7 674 $	30 040 $
Intérêts courus	08	8 806 $	8 536 $	185 $	752 $
Taxes à recevoir	09	38 992 $	38 451 $	19 099 $	24 520 $
Charges payées d'avance	10				
Autres éléments	11				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 517 666 $	2 152 037 $	401 165 $	789 276 $
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	2 517 666 $	2 152 037 $	401 165 $	789 276 $
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			116 401 $	159 930 $
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17	9 360 $			
- Établissements	18	56 819 $	42 579 $	32 862 $	23 904 $
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20				
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	476 275 $	284 709 $	77 156 $	140 870 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	20 892 $	20 892 $		
Autres revenus reportés	24	175 442 $	169 302 $	150 116 $	140 678 $
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	738 788 $	517 482 $	376 535 $	465 382 $
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	738 788 $	517 482 $	376 535 $	465 382 $
SOLDE DE FONDS	29	1 778 878 $	1 634 555 $	24 630 $	323 894 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	**2 517 666 $**	**2 152 037 $**	**401 165 $**	**789 276 $**

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2007

BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	6 507 944 $	5 614 424 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	6 507 944 $	5 614 424 $
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10		
SOLDE DE FONDS	11	6 507 944 $	5 614 424 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	**6 507 944 $**	**5 614 424 $**

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2007

ÉVOLUTION DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Immobilisations		Solde au début	Acquisition	Disposition	Régularisation	Solde à la fin
Améliorations locatives	01	680 915 $	14 010 $			694 925 $
Aménagement	02					
Bâtiments	03					
Chariots	04					
Développement des systèmes informatiques	05	710 353 $	555 594 $			1 265 947 $
Équipements informatiques	06	2 365 667 $	474 292 $	38 249 $	(150 033 $)	2 651 677 $
Équipements médicaux	07					
Équipements - mesures d'urgence	08	713 290 $				713 290 $
Machinerie, mobilier et équipement	09					
Maison mobile-ambulance	10					
Matériel roulant	11	207 615 $	29 381 $	30 641 $		206 355 $
Mobilier et équipements de bureau	12	936 584 $	57 102 $	216 $	(17 720 $)	975 750 $
	13					
	14					
	15					
	16					
Total (L.01 à L.16)	17	**5 614 424 $**	**1 130 379 $**	**69 106 $**	**(167 753 $)**	**6 507 944 $**

4.1.6 BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2007**

BILAN

ACTIF À court terme		Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	01	1 621 849 $	1 203 812 $
Débiteurs : - MSSS	02	25 299 699 $	28 461 843 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	110 840 $	57 689 $
- Établissements	04	9 256 027 $	8 191 105 $
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	43 549 $	70 697 $
- Autres	08	108 $	82 234 $
Intérêts courus	09	9 244 $	7 902 $
Autres éléments	10		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	36 341 316 $	38 075 282 $
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	49 940 818 $	52 512 021 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	86 282 134 $	90 587 303 $
PASSIF **À court terme**			
Découvert de banque	14	24 084 $	37 617 $
Emprunts de banque	15	9 256 027 $	8 188 825 $
Intérêts sur emprunts à payer	16	110 840 $	57 689 $
Créditeurs et charges à payer : - Établissements	17	21 312 686 $	24 548 714 $
- Organismes	18		
- Fonds d'exploitation	19	75 000 $	3 738 $
- Fonds des activités régionalisées	20	150 116 $	140 678 $
- Autres	21	760 147 $	930 144 $
Subventions reportées	22	22 573 $	10 114 $
Autres éléments	23		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	31 711 473 $	33 917 519 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	49 940 818 $	52 512 021 $
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	81 652 291 $	86 429 540 $
SOLDE DE FONDS	27	4 629 843 $	4 157 763 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26+L.27)	28	**86 282 134 $**	**90 587 303 $**

4.1.7 ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2007**

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE DU DÉBUT	01	4 157 763 $	5 104 040 $
Ajustements	02		
Récupération par le Ministère	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	4 157 763 $	5 104 040 $
AUGMENTATION			
MSSS	05	19 430 164 $	43 224 819 $
MSSS - crédits régionaux	06	15 738 701 $	
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	204 119 $	83 308 $
Revenus d'intérêt	08	132 216 $	96 742 $
Contributions du fonds d'exploitation	09		
Contributions du fonds des activités régionalisées	10		
Autres	11	3 606 525 $	3 427 185 $
TOTAL (L.05 à L.11)	12	39 111 725 $	46 832 054 $
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	13	15 448 590 $	24 840 458 $
- Organismes	14	284 918 $	181 344 $
Intérêts sur emprunts	15	204 119 $	83 308 $
Contributions au fonds d'exploitation	16	75 000 $	
Contributions au fonds des activités régionalisées	17	1 020 774 $	819 866 $
Charges d'exploitation :			
- Salaires	18		35 781 $
- Avantages sociaux	19		7 404 $
- Charges sociales	20		4 571 $
- Frais de déplacement et d'inscription	21		
- Services achetés	22		173 929 $
- Location d'équipement	23		
- Fournitures de bureau	24		
- Autres charges d'exploitation	25		
Dépenses d'immobilisations	26		
Autres	27	21 606 244 $	21 631 670 $
TOTAL (L.13 à L.27)	28	38 639 645 $	47 778 331 $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.12 – L.28)	29	**4 629 843 $**	**4 157 763 $**

4.1.8 ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS

4.1.8.1 FONDS AFFECTÉS DES IMMOBILISATIONS ET DES ÉQUIPEMENTS

Exercice terminé le 31 mars 2007

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Fonds des immobilisations		Fonds des équipements	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	1 153 337 $	1 549 094 $	2 018 220 $	2 137 741 $
Ajustements	02				
Récupération par le Ministère	03				
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	1 153 337 $	1 549 094 $	2 018 220 $	2 137 741 $
PROVENANCE					
MSSS	05	8 448 052 $	13 657 798 $	9 861 225 $	13 310 488 $
MSSS - crédits régionaux	06				
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	102 381 $	24 033 $	101 738 $	59 275 $
Revenus d'intérêts	08				
Contributions du fonds d'exploitation	09				
Contributions du fonds des activités régionalisées	10				
Contributions d'autres fonds affectés	11				
Autres	12		75 000 $	175 189 $	37 659 $
Total (L.05 à L.12)	13	8 550 433 $	13 756 831 $	10 138 152 $	13 407 422 $
ATTRIBUTIONS					
Établissements	14	7 577 665 $	14 026 294 $	6 735 286 $	9 572 545 $
Organismes	15				
Intérêts sur emprunts	16	102 381 $	24 033 $	101 738 $	59 275 $
Contributions au fonds d'exploitation	17	75 000 $			
Contributions au fonds des activités régionalisées	18	11 368 $	101 652 $	1 009 406 $	718 214 $
Contributions à d'autres fonds affectés	19				
Charges d'exploitation:					
- Salaires	20				12 922 $
- Avantages sociaux	21				3 334 $
- Charges sociales	22				1 500 $
- Frais de déplacement et d'inscription	23				
- Services achetés	24				4 946 $
- Location d'équipement	25				
- Fournitures de bureau	26				
- Autres charges d'exploitation	27				
Dépenses d'immobilisations	28				
Autres	29	1 070 $	609 $	2 930 642 $	3 154 207 $
Total (L.14 à L.29)	30	7 767 484 $	14 152 588 $	10 777 072 $	13 526 943 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.13 - L.30)	31	**1 936 286 $**	**1 153 337 $**	**1 379 300 $**	**2 018 220 $**

4.1.8.2 Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements

Exercice terminé le 31 mars 2007

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Répétitif	Non répétitif	Total année courante 2006-2007 (C. 1 + C. 2)	Total année précédente 2005-2006
		C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01			97 841 $	96 123 $
Ajustements	02				
Solde du début après ajustements (L.01 + L.02)	03			97 841 $	96 123 $
PROVENANCE					
MSSS	04				
MSSS - Crédits régionaux	05	13 611 729 $	170 500 $	13 782 229 $	13 635 724 $
Revenus autonomes	06	3 260 271 $		3 260 271 $	3 174 851 $
Revenus d'intérêts	07		64 255 $	64 255 $	38 730 $
Autres	08		2 639 $	2 639 $	1 680 $
Total (L.04 à L.08)	09	16 872 000 $	237 394 $	17 109 394 $	16 850 985 $
ATTRIBUTIONS					
Contrats minimaux de services d'ambulance	10	14 494 760 $		14 494 760 $	14 009 936 $
Particularités régionales	11	144 840 $	44 931 $	189 771 $	63 975 $
Éléments rectifiables	12		272 739 $	272 739 $	295 907 $
Centre de communication santé	13	1 131 963 $		1 131 963 $	1 443 555 $
Formation	14	156 308 $		156 308 $	192 672 $
Assurance qualité	15	135 071 $		135 071 $	139 681 $
Allocation de retraite	16		24 500 $	24 500 $	
Participation au régime de retraite	18				50 000 $
Médicaments	17		20 757 $	20 757 $	
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19	588 830 $		588 830 $	576 675 $
Attribution à des organismes	20				
Ajustements des années antérieures	21		(10 606 $)	(10 606 $)	39 289 $
Premiers répondants	22				
Déplacement des usagers	23				
Charges d'exploitation :					
- Salaires	24				
- Avantages sociaux	25				
- Charges sociales	26				
- Frais de déplacement et d'inscription	27				
- Services achetés	28				
- Location d'équipement	29				
- Fournitures de bureau	30				
- Autres charges d'exploitation	31				
Dépenses d'immobilisations	32				
Autres	33	9 364 $		9 364 $	37 577 $
Total (L.10 à L.33)	34	16 661 136 $	352 321 $	17 013 457 $	16 849 267 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.09 - L.34)	35			**193 778 $**	**97 841 $**

4.1.9 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2006-2007

Exercice terminé le 31 mars 2007

		Exercice courant 2006-2007	Exercice précédent 2005-2006
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	414 359 340 $	385 751 834 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	15 458 871 $	15 037 674 $
Montant de l'enveloppe régionale 2006-2007 inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	429 818 211 $	400 789 508 $
Autres	04		
TOTAL (L. 03 et L.04)	05	429 818 211 $	400 789 508 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	06	388 660 778 $	364 200 896 $
Allocations aux organismes communautaires	07	12 809 514 $	12 735 610 $
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	11 299 466 $	7 397 033 $
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	412 769 758 $	384 333 539 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	15 207 829 $	14 939 776 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11		
Autres	12	1 589 582 $	1 418 295 $
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	429 567 169 $	400 691 610 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14	251 042 $	97 898 $
TOTAL (L.13 + L.14)	15	429 818 211 $	400 789 508 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

4.1.10 Notes aux états financiers

Note 1 - Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin de l'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;

Xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

Xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

COMPTABILITÉ PAR FONDS

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés, et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

ATTRIBUTIONS DE SUBVENTIONS

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

AVOIR PROPRE

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

REVENUS REPORTÉS

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

RÉGIMES DE RETRAITE

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	119 044 $	158 432 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 011 335 $	859 662 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 33 860 897 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 4,64 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 24 604 870 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2007. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2008.

NOTE 5 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2007 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2007	2006
Vacances	537 306 $	576 357 $
Congés de maladie	67 286 $	71 138 $
Heures supplémentaires	135 895 $	88 848 $
	740 487 $	736 343 $

Le montant de 2006 a été redressé de 15 770 $, soit 736 343 $ au lieu des 752 113 $ présentés au 31 mars 2006.

NOTE 6 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2007	2006
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $ portant intérêt aux taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	1 143 990 $	2 221 860 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,98 % et 7,97 % est payable semestriellement.	48 796 828 $	50 290 161 $
Solde	**49 940 818 $**	**52 512 021 $**
Tranche échéant à moins d'un an	8 342 070 $	16 193 800 $
TOTAL	**41 598 748 $**	**36 318 221 $**

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2008	8 342 070 $
2009	2 822 953 $
2010	11 385 257 $
2011	4 290 438 $
2012	6 151 201 $
	32 991 919 $

NOTE 7 – RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 décembre 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 629 134 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	575 165 $
2009	575 165 $
2010	575 165 $
2011	574 566 $
2012	572 769 $
2013 et subséquemment	1 405 044 $
	4 277 874 $

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

4.2 ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS [3]

4.2.1 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Nom de l'organisation subventionnée	Établissements privés conventionnés		Établissements publics	
	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
CSSS de Kamouraska			27 825 643 $	29 500 877 $
CSSS de Rivière-du-Loup			59 510 956 $	63 169 106 $
CSSS de Témiscouata			23 719 257 $	24 922 443 $
CSSS des Basques			9 782 106 $	10 798 899 $
CSSS de Rimouski-Neigette			105 486 391 $	114 803 203 $
CSSS de la Mitis			29 873 209 $	31 522 983 $
CSSS de La Matapédia			25 071 059 $	26 380 177 $
CSSS de Matane			31 059 295 $	33 172 124 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent			21 323 077 $	22 711 694 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent			21 796 679 $	23 177 394 $
Foyer Ste-Bernadette inc.	965 672 $	0 $		
Foyer St-Cyprien (1993) inc.	1 752 678 $	1 988 433 $		
TOTAL	**2 718 350 $**	**1 988 433 $**	**355 447 672 $**	**380 158 900 $**

4.2.2 SURPLUS OU DÉFICITS DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

	2005-2006 (Note 1)	2006-2007
Établissements publics		
CSSS de Kamouraska	0 $	305 871 $
CSSS de Rivière du Loup	3 241 $	(332 885 $)
CSSS de Témiscouata	0 $	(65 848 $)
CSSS des Basques	148 $	(42 796 $)
CSSS de Rimouski-Neigette	(659 501 $)	(330 271 $)
CSSS de La Mitis	1 377 $	(302 583 $)
CSSS de La Matapédia	6 747 $	2 $
CSSS de Matane	(493 771 $)	(139 881 $)
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	122 963 $	69 122 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	0 $	(50 000 $)
	(1 018 796 $)	(889 269 $)
Établissements privés		
Foyer Ste-Bernadette inc.	(2 626 $)	N/A
Foyer St-Cyprien	61 044 $	N/D
	58 418 $	N/D
	(1 077 214 $)	**(889 269 $)**

Note 1 : Il s'agit du résultat du fonds d'exploitation tel que présenté par l'établissement à son rapport financier annuel.

[3] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet de la vérification du Vérificateur général du Québec.

4.2.3 Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2006-2007 : 17

b) Montants totaux au 31 mars 2007 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	8 125 000 $	153 537 $
Catégorie	Équilibre budgétaire	7 745 000 $	153 537 $
	Traitement différé	380 000 $	0 $
Type	Immobilisations (autorisé par l'Agence)	2 217 704 $	2 210 853 $
Catégorie	Projets autofinancés	1 337 948 $	1 331 097 $
	Projets financés par les activités accessoires	879 756 $	879 756 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2007.

- Dépenses courantes de fonctionnement 1,94 %
- Dépenses en immobilisations 0,53 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application du projet de loi n° 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

4.2.4 Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que la majorité des établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible maximale autorisée pour les exercices financiers 2005-2006 et 2006-2007.

Selon la cible déficitaire maximale annuelle autorisée par le Ministère, la somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 000 $ en 2006-2007. Le montant réel du déficit global s'établit à 1 264 000 $. Par ailleurs, pour l'exercice financier 2005-2006, le CSSS de Rimouski-Neigette a présenté un résultat déficitaire de 662 000 $ par rapport à une cible octroyée de 824 000 $. Par conséquent, le solde de 162 000 $ a été utilisé pour l'exercice financier 2006-2007, réduisant ainsi l'écart à la cible déficitaire annuelle autorisée à 140 000 $. Cet écart provient entièrement du dépassement du CSSS de Matane.

Bilan – Entente de gestion 2006-2007			
Axe :	**Équilibre budgétaire**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.		
Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
Résultat d'exploitation par établissement :			
- CSSS de Matapédia	-	-	-
- CSSS de Matane	513 966$	-	107 466$
- CSSS de La Mitis	-	302 583$	302 583$
- CSSS Rimouski-Neigette ****	662 000$	168 140$	361 126$
- CSSS des Basques	-	42 801$	42 801$
- CSSS de Rivière-du-Loup	-	332 885$	332 885$
- CSSS de Témiscouata	-	65 848$	65 848$
- CSSS de Kamouraska	-	-	-
- CRDI du Bas-Saint-Laurent	30 145$	50 000$	50 000$
- Centre Jeunesse du Bas-Saint-Laurent	-	-	-
Total régional	**1 206 111$**	**962 257$**	**1 262 709$**

Commentaires

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectant la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que la majorité des établissements de la région a atteint l'équilibre budgétaire ou a respecté la cible maximale autorisée pour les exercices financiers 2005-2006 et 2006-2007.

**** Pour l'exercice financier 2006-2007, le CSSS de Rimouski-Neigette s'est vu octroyer une cible additionnelle de 192 986 $ (non incluse dans la colonne Cibles 2006-2007) pour un montant total annuel de 361 126 $. Ce montant additionnel a été pris à même le solde non utilisé de 300 257 $ (962 257 $ - 662 000 $) de la cible déficitaire régionale autorisée de l'année financière 2005-2006.

Par le fait même, la cible déficitaire régionale autorisée pour 2006-2007 passe de 962 257 $ à 1 155 243 $ et le solde non utilisé 2005-2006 passe de 300 257 $ à 107 271 $.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

4.3 ALLOCATIONS FINANCIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES/ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS [4]

4.3.1 ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2005-2006	Enveloppe 2006-2007
Alcoolisme et toxicomanie		
Aux Trois Mâts	27 377 $	82 007 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	238 199 $	240 312 $
Centre Domrémy du KRTB	0 $	0 $
Unité Domrémy Ville St-Pascal	10 058 $	10 289 $
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	220 965 $	231 592 $
Unité Domrémy de Causapscal	7 822 $	8 002 $
Unité Domrémy de Luceville	1 675 $	1 714 $
Unité Domrémy de Mont-Joli inc.	26 019 $	22 863 $
Unité Domrémy Saint-Gabriel de Rimouski	11 177 $	11 434 $
L'Arrimage	229 803 $	256 136 $
Unité Domrémy Rivière-Bleue inc.	10 058 $	10 289 $
Maison l'Odyssée pour joueurs compulsifs	0 $	7 000 $
Total Alcoolisme et toxicomanie	**783 153 $**	**881 638 $**
Familles		
Maison de la famille du Kamouraska	12 233 $	12 514 $
Grands amis région Matane (Les)	18 686 $	19 116 $
Maison Élizabeth Turgeon pour les familles	0$	0 $
Maison de la famille du Grand-Portage	10 257 $	0 $
Maison des familles de la Matapédia	0 $	0 $
Regroupement acti-familles	6 529 $	0 $
Re-Source familles	0 $	0 $
Grands amis de la Vallée	39 358 $	17 017 $
Maison des familles de la Mitis	34 885 $	0 $
Pivot-famille Mitis	11 746 $	12 016 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	60 063 $	57 160 $
Grands amis de Rimouski (Les)	36 606 $	37 448 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	0 $	0 $
Comité parrains-marraines du KRTB	21 705 $	22 204 $
Maison de la famille du Témiscouata	12 026 $	12 303 $
C.A.. B. des Basques	0 $	0 $
Parents uniques du Kamouraska	0 $	0 $
Info-Éveil de la région de Matane inc.	0 $	0 $
Ressources familles des Basques	7 360 $	7 255 $
Total Familles	**271 454 $**	**197 033 $**
Déficience physique ou intellectuelle		
Association des personnes handicapées L'Éveil des Basques	53 040 $	54 260 $
Association pocatoise des personnes handicapées	34 843 $	35 644 $
Association des handicapés gaspésiens	44 235 $	44 229 $
Association des personnes handicapées du Kamouraska	24 686 $	25 254 $
Amirams de la Vallée inc. (Les)	36 190 $	37 022 $
Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	27 247 $	27 874 $
Maison des tournesols (La)	12 852 $	13 148 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	10 985 $	11 238 $
Service alternatif d'intégration au travail des pers. hand.	34 598 $	35 394 $
Ass. des personnes handicapées « Entre amis » du Témis	47 431 $	48 522 $
Association des personnes handicapées visuelles B.F.	64 321 $	65 800 $

[4] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet de la vérification du Vérificateur général du Québec.

ORGANISMES	Enveloppe 2005-2006	Enveloppe 2006-2007
Déficience physique ou intellectuelle (suite)		
Association de la déficience intellectuelle (région Rimouski)	23 372 $	23 910 $
Association multi-défis	37 611 $	38 476 $
Société d'autisme régionale BSL, Gaspésie, Les îles	53 111 $	54 333 $
Association des personnes ACVA-TCC du B.S.L.	82 780 $	64 224 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées BSL	0 $	0 $
Association québécoise pour enfants atteints d'audi-multi BSL	7 025 $	7 187 $
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	20 000 $	45 797 $
Répit – Loisirs Autonomie	8 500 $	0 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de St-Cyrprien	15 000 $	15 000 $
Total Déficience physique ou intellectuelle	**637 827 $**	**647 312 $**
Centres de bénévolat		
C.A.. B. des Basques	8 939 $	9 145 $
C.A.. B. Cormoran inc.	6 706 $	6 860 $
C.A.. B. région de Matane	18 543 $	18 969 $
C.A.. B. Vallée de la Matapédia	23 934 $	24 484 $
Centre de bénévolat de la Mitis	23 146 $	23 678 $
C.A.. B. région de Rimouski inc.	18 997 $	19 434 $
C.A.. B. des Seigneuries inc.	9 498 $	9 716 $
C.A.. B. région Témis inc.	8 939 $	9 145 $
Total Centres de bénévolat	**118 702 $**	**121 431 $**
Santé physique		
Association du cancer de l'est du Québec	6 258 $	23 202 $
Diabétiques amis du KRTB	5 067 $	5 184 $
Service d'aide personnes accidentées « Pare-chocs »	0 $	0 $
Arc-en-ciel du cœur	8 040 $	8 225 $
Diabète BSL inc.	12 992 $	13 291 $
Total Santé physique	**32 357 $**	**49 902 $**
Personnes démunies		
Moisson Kamouraska	17 556 $	17 686 $
Cuisine collective de la région de Matane (La)	34 005 $	34 513 $
Moisson de la Matapédia	39 300 $	39 789 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	17 645 $	17 470 $
Moisson Rimouski-Neigette	39 966 $	40 611 $
Cuisines collectives Dégelis	47 226 $	48 038 $
Cuisine collective du Haut-Pays	36 015 $	36 569 $
Carrefour d'initiative populaire Rivière-du-Loup	48 951 $	49 803 $
Tandem jeunesse	196 213 $	198 526 $
Loisirs de jeunesse Rimouski (Transit)	279 258 $	284 608 $
Le Répit du passant	265 914 $	307 236 $
La Maison de l'espoir de Mont-Joli (La)	160 855 $	199 260 $
Cuisines collectives de Cabano	21 883 $	22 112 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	17 733 $	17 867 $
Total Personnes démunies	**1 222 520 $**	**1 314 088 $**
Assistance et accompagnement		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes BSL	**166 040 $**	**170 714 $**
Maisons d'hébergement pour femmes		
Gigogne inc. (La)	473 283 $	507 226 $
La Débrouille	499 545 $	524 985 $
L'Autre-Toit du KRTB	442 389 $	495 174 $
Total Maison d'hébergement pour femmes	**1 415 217 $**	**1 527 385 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2005-2006	Enveloppe 2006-2007
CALACS		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	**221 031 $**	**226 115 $**
Centres de femmes		
Centre femmes La Passerelle du Kamouraska	127 289 $	143 180 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	125 544 $	142 416 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	124 824 $	141 011 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia	124 824 $	143 011 $
Maison des femmes de la région de Rimouski	129 737 $	145 233 $
Centre-femmes du Grand-Portage	133 090 $	144 768 $
Centre des femmes du Ô-Pays (Le)	124 953 $	141 123 $
Centre des femmes du Témiscouata	124 943 $	141 115 $
Centre femmes de la Mitis	124 789 $	140 980 $
Total Centres de femmes	**1 139 993 $**	**1 282 837 $**
Organismes conjoints violents		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	120 856 $	133 709 $
Trajectoires hommes violents du KRTB	120 856 $	133 709 $
Total Organismes conjoints violents	**241 712 $**	**267 418 $**
Maison des jeunes		
Corporation de la Maison des jeunes de Trois-Pistoles	103 829 $	75 323 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	114 761 $	76 714 $
Quartier-jeunesse 1995	73 484 $	76 713 $
Maison des jeunes de Matane	117 467 $	97 524 $
Jeunathèque d'Amqui	89 721 $	92 224 $
Maison des jeunes Causapscal (La)	63 520 $	63 548 $
Maison des jeunes de Sayabec	68 037 $	71 141 $
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	161 793 $	100 133 $
Maison des jeunes de Rimouski	94 902 $	97 524 $
Maison des jeunes du Bic (La)	68 037 $	71 141 $
Corp. Entre-Jeunes de Rivière-du-Loup	82 317 $	71 141 $
Centre jeunes Cacouna	24 542 $	35 045 $
Maison des jeunes Entre-deux de Cabano	25 086 $	33 102 $
Maison des jeunes Pirana	29 686 $	33 102 $
Maison des jeunes de Saint-Épiphane	57 194 $	63 548 $
Maison des jeunes de Les Méchins	--	0 $
Maison des jeunes de Val-Brillant	26 713 $	34 766 $
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	35 511 $	41 367 $
Place des jeunes de Squatec	30 090 $	38 221 $
Maison des jeunes « Le Coin de Dégelis »	49 352 $	55 526 $
Corporation de comité jeunesse 1997	24 084 $	34 577 $
Maison des jeunes « La Piôle »	12 448 $	22 673 $
Maison des jeunes Le Refuge jeunesse	35 510 $	41 366 $
Point service St-Gabriel (Jeunes Mt-Joli)	0 $	65 820 $
Total Maisons de jeunes	**1 388 084 $**	**1 392 239 $**
Justice alternative		
Fonds jeunesse B.B.R. inc.	175 866 $	179 911 $
Justice alternative du KRTB inc.	136 842 $	139 989 $
Total Mesures de rechange	**312 708 $**	**319 900 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2005-2006	Enveloppe 2006-2007
Concertation régionale		
Mouvement d'action communautaire Bas-Saint-Laurent	81 894 $	84 778 $
ROCASM du Bas-du-Fleuve	12 120 $	12 399 $
Total Concertation régionale	**94 014 $**	**97 177 $**
Mesures reliées au SIDA		
M.A.I.N.S. – B.S.L.	**105 112 $**	**56 073 $**
Santé mentale		
Périscope des Basques	72 681 $	74 353 $
Association Kamouraska en santé mentale La Traversée	92 931 $	95 068 $
Le Marigot de Matane	97 509 $	99 752 $
Rayon de partage en santé mentale	92 679 $	94 811 $
La Maison des tournesols	91 370 $	93 472 $
Ass. can. de santé mentale du Bas-du-Fleuve	140 062 $	148 133 $
Centre de prévention du suicide et intervention de crise BSL	684 440 $	695 570 $
PLAIDB Bas-du-Fleuve	71 950 $	76 426 $
Centre d'entraide L'Horizon de Rivière-du-Loup	107 648 $	109 101 $
CRIS du KRTB	142 713 $	145 360 $
Maison d'hébergement La bouffée d'air du KRTB	306 158 $	315 248 $
ROCASM-BF	0 $	0 $
Source d'espoir du Témis	99 829 $	104 195 $
La lueur de l'Espoir du BSL	134 898 $	141 602 $
Total Santé mentale	**2 134 868 $**	**2 193 091 $**
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	**10 284 792 $**	**10 744 353 $**

4.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN MAINTIEN À DOMICILE

ORGANISMES	2005-2006	2006-2007
Maintien à domicile et AVD		
Relais santé Matane	24 338 $	24 898 $
Société d'Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	379 192 $	114 322 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	104 354 $	106 754 $
Centre d'action bénévole de Matane	94 172 $	96 338 $
Centre d'action bénévole de Matapédia	89 967 $	92 036 $
Centre d'action bénévole de Rimouski	160 031 $	163 712 $
Popote le gourmet roulant	6 706 $	6 860 $
Bourgeons de la Mitis	134 012 $	118 535 $
Centre d'action bénévole Cormoran	122 575 $	125 394 $
Centre d'action bénévole Seigneuries	302 224 $	273 931 $
Centre d'action bénévole des Basques	56 272 $	57 566 $
Centre d'action bénévole région Témis.	262 320 $	265 615 $
Comité d'accompagnement La Source	12 873 $	13 169 $
Coup de main à domicile Rimouski	271 124 $	144 982 $
Aide-maison vallée de la Matapédia	149 416 $	134 416 $
Service à domicile région de Matane	143 996 $	131 362 $
Service Kam-Aide	110 388 $	130 956 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	13 326 $	13 632 $
Logis Aide des Basques	76 157 $	71 697 $
Total organismes communautaires en maintien à domicile	**2 513 443 $**	**2 086 175 $**
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**12 798 235 $**	**12 830 528 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS	**142**	**142**

Les subventions listées ci-dessus proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2005-2006	2006-2007
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	9 811 867 $	10 260 784 $
Aide à la vie domestique	1 202 346 $	1 018 516 $
Stimulation précoce Politique Santé Bien-Être	36 005 $	36 833 $
Programme Y-APP	0 $	0 $
Soutien à la concertation régionale	83 641 $	85 565 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	286 943 $	283 611 $
Autres allocations récurrentes	339 989 $	347 808 $
Autres allocations non récurrentes	1 037 444 $	797 411 $
	12 798 235 $	**12 830 528 $**

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Adopté par le conseil d'administration le 27 novembre 2002

INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du conseil d'administration (ci-après nommés « le membre ou les membres du conseil d'administration ») de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après nommée « la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent »).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administratrices et des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de conseil d'administration d'une régie régionale (article 406 de la Loi).

> « *... les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la régie et de la population de la région pour laquelle la régie est instituée .* »

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « ...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens... »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population
- définir les politiques et orientations
- allouer les ressources
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont désormais assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (après appelé « le Règlement ») découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, lequel règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi du Vérificateur général (L.R.Q. c. V-5.01), ... ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises ».

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

1. CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer la citoyenne ou le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article 1 de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

> « ... Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

> « ... Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :
>
> 1° La raison d'être des services est la personne qui les requiert;
>
> 2° Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
>
> 3° L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;
>
> 4° L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
>
> 5° L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagères et aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

> « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »
>
> « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée »

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, exige que les membres du conseil d'administration de toute régie régionale se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement (articles 34 et 35). On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle.

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

Attendu que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

Attendu que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

Attendu les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

Attendu la mission et les valeurs organisationnelles de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Bas-Saint-Laurent en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
- Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionné. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Agir avec objectivité

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Agir avec honnêteté et intégrité

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une

situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et porter atteinte à la vie privée d'une citoyenne ou d'un citoyen. La présidente ou le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

Agir sans partisanerie politique

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Agir avec loyauté

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

Agir avec respect et dignité

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

Éviter tout conflit d'intérêts

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général, cette personne doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Activités politiques

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, la présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

La présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui veut présenter sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, cette personne est en droit de demander et d'obtenir un congé non rémunéré à compter du jour de l'annonce de sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la présidente ou du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Responsable de l'application

La présidente ou le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

Obligation de respect du code et déclaration des intérêts détenus par le membre du conseil d'administration

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Manquements aux principes d'éthique et aux règles de déontologie

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

La présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, elle ou il peut mettre sur pied un comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors lui donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Ce comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception de la présidente ou du président du conseil d'administration, de la vice-présidente ou du vice-président et de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général.

Si elle ou il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, la présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec